N° 82-622-X au catalogue — n° 005
ISSN : 1915-5204
ISBN : 978-1-100-94506-4

Document de travail

Série de documents de travail de la recherché sur la santé

Hospitalisations dans des hôpitaux de soins de courte durée et identité autochtone au Canada, 2001-2002

par Gisèle Carrière, Rochelle Garner, Claudia Sanmartin et l'équipe de recherche de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé

Division de l'information et de la recherche sur la santé
24-M, Immeuble R.-H.-Coats, Ottawa K1A 0T6

Telephone: 1-800-263-1136

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Hospitalisations dans des hôpitaux de soins de courte durée et identité autochtone au Canada, 2001-2002

par Gisèle Carrière, Rochelle Garner, Claudia Sanmartin
et l'équipe de recherche de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé

82-622-X No. 005
ISSN: 1915-5204
ISBN: 978-1-100-94506-4

Statistique Canada
Division de l'analyse de la santé
24-M, immeuble R. H. Coats, 100, promenade Tunney's Pasture, Ottawa K1A 0T6
Numéro de téléphone : 604-666-5907
Numéro de télécopieur : 604-666-6680
Courriel : Gisele.Carriere@statcan.gc.ca

Le document est disponible en format électronique à www.statcan.gc.ca

Juin 2010

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2010

Tous droits réservés. Le contenu de la présente publication électonique peut être reproduit en tout ou en partie, par quelque moyen que ce soit, sans autre autorisation de Statistique Canada, sous réserve que la reproduction soit effectuée uniquement à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé destiné aux journaux et/ou à des fins non commerciales. Statistique Canada doit être cité comme suit : Source (ou " Adapté de ", s'il y a lieu) : Statistique Canada, année de publication, nom du produit, numéro au catalogue, volume et numéro, période de référence et page(s). Autrement, il est interdit de reproduire le contenu de la présente publication, de l'emmagasiner dans un système d'extraction ou de le transmettre sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, reproduction électronique, mécanique, photographique, pour quelque fin que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable des Services d'octroi de licences, Division des services à la clientèle, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6.

This publication is also available in English (catalogue No. 82-622-X, No. 005).

Note de reconnaissance :
Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

Normes de service à la clientèle
Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont également publiées sur le site Web www.statcan.ca sous la rubrique À propos de nous > Offrir des services aux Canadiens.

Au sujet de Statistique Canada

La *Loi sur la statistique* autorise Statistique Canada à recueillir, compiler, analyser, dépouiller et publier des renseignements statistiques sur la santé et le bien-être de la population du Canada. Nous effectuons des enquêtes auprès des Canadiens et recueillons des données administratives afin de comprendre l'état de santé de la nation, les caractéristiques et les comportements qui favorisent la santé ou qui lui sont nuisibles, les interactions des Canadiens avec le système de santé, les mesures directes de la santé, la dynamique de la santé au fil du temps et les résultats en matière de santé.

Nous informons la population canadienne grâce à l'analyse et à la diffusion de nos fonds de données. Statistique Canada publie mensuellement *Rapports sur la santé*, une revue avec comité de lecture et indexée consacrée à la recherche sur la santé des populations et sur les services de santé.

Pour plus de renseignements, consultez notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Au sujet de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé

L'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé (DLAS) est un partenariat entre les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et Statistique Canada, ainsi que l'Institut canadien d'information sur la santé, le Conseil canadien des registres du cancer et le Conseil sur la statistique de l'état civil du Canada. L'objectif de l'Initiative est de combler d'importantes lacunes en matière d'information en veillant à ce que des données administratives clés, comme celles recueillies couramment par l'entremise du système de santé, puissent être utilisées pour entreprendre des études pancanadiennes en vue de mieux comprendre les relations entre les facteurs de risque, les caractéristiques socioéconomiques, les mesures de l'état de santé et l'utilisation des services de santé. Les travaux de recherche comprennent le couplage des données administratives provinciales et territoriales sur la santé entre elles, ainsi qu'à celles provenant des enquêtes sur la santé de la population menées par Statistique Canada, des bases de données sur les naissances et les décès, et du Registre canadien du cancer. En plus de compléter les importantes études par couplage d'enregistrements déjà effectuées individuellement par les provinces, les études fondées sur les DLAS offrent des occasions inestimables de tirer des enseignements des comparaisons entre les provinces et territoires, et facilitent la réalisation d'études à plus grande échelle portant sur des événements et des problèmes de santé moins fréquents. Brièvement, l'Initiative sur les DLAS a pour objectif d'établir les fondements d'un programme canadien de couplage d'enregistrements en vue d'élargir le champ des connaissances sur les déterminants de la santé et les résultats en matière de santé, ainsi que les rapports qui existent entre eux.

Statistique Canada est l'organe opérationnel du partenariat concernant les DLAS. Deux divisions de Statistique Canada, la Division de la statistique de la santé (DSS) et la Division de l'analyse de la santé (DAS) collaborent au soutien de l'Initiative.

La DSS est responsable du soutien administratif permanent, y compris l'organisation des réunions du comité directeur et la fourniture de services de secrétariat à l'Initiative. Elle est également responsable de la construction et de la maintenance de l'environnement de traitement des données de l'Initiative sur les DLAS, du stockage et du traitement sécuritaires des ensembles de données des DLAS et de la production de fichiers de données couplées d'analyse pour toutes les études approuvées.

La DAS offre au programme des DLAS le soutien à la recherche dont il a besoin par l'entremise de l'équipe de recherche de l'Initiative sur le DLAS. La DAS est la source principale de la recherche sur la santé à Statistique Canada. Elle a pour mandat de fournir des renseignements de haute qualité, pertinents et complets sur l'état de santé de la population et sur le système de soins de santé. Le présent projet représente l'une des quatre études entreprises par l'équipe de recherche de l'Initiative sur les DLAS qui figurent au programme de recherche établi par le Comité directeur de l'Initiative en 2008.

Remerciements

Statistique Canada remercie les nombreuses personnes qui ont participé à l'élaboration du présent rapport. En particulier, nous tenons à exprimer notre appréciation aux membres du Comité de l'Initiative sur le DLAS qui a dégagé les domaines de recherche prioritaires et fourni des commentaires essentiels :

Adalsteinn Brown (coprésident, Ontario)

Michael Wolfson (coprésident, Statistique Canada, 2007 à 2009)

Anil Arora (coprésident, Statistique Canada, 2009 à aujourd'hui)

Joy Maddigan (Terre-Neuve-et-Labrador)

Ann Vivian-Beresford (Terre-Neuve-et-Labrador)

Pat Charlton (Île-du-Prince-Édouard)

John Boyne (Nouveau-Brunswick)

David Elliott (Nouvelle-Écosse)

Sten Ardal (Ontario)

Vasanthi Srinivasan (Ontario)

Louis Barre (Manitoba et ICIS)

Deborah Malazdrewicz (Manitoba)

Jacqueline Messer-Lepage (Saskatchewan)

Bev Walkner (Alberta)

Ian Rongve (Colombie-Britannique)

Jean-Marie Berthelot (ICIS)

Julie McAuley (Statistique Canada)

Jillian Oderkirik (Statistique Canada)

Les analyses et les conclusions du présent rapport ne reflètent pas forcément celles des représentants provinciaux individuels ni de leurs ministères de la Santé respectifs.

Les membres de l'équipe de recherche de l'Initiative sur les DLAS qui ont fait bénéficier le projet de leur leadership scientifique comprennent Gisèle Carrière, Rochelle Garner, Helen Johansen, Saeeda Khan, Kim McGrail, Lindsay Porter, Michelle Rotermann et Claudia Sanmartin.

Nous remercions également Bob Kingsley et Richard Trudeau de leur leadership et de leur détermination à réaliser les objectifs en matière de données de l'Initiative sur les DLAS.

Nous remercions aussi Éric Guimond, de la Direction de recherche et analyse stratégique des Affaires indiennes et du Nord Canada, Jennifer Pennock, de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada et Heather Tait, de la Division de la statistique sociale et autochtone de Statistique Canada, pour leurs commentaires constructifs sur des versions provisoires du présent rapport.

Enfin, nous remercions les membres de l'équipe de rédaction et de production de la Division de l'analyse de la santé pour leur contribution et pour leur expertise, y compris Janice Felman, Robert Pellarin et Rasha Bradic.

Sommaire

Les disparités en matière de santé entre les populations autochtones et non autochtones au Canada ont clairement été établies, y compris les différences concernant l'espérance de vie. On utilise actuellement toute une gamme de sources pour mesurer et documenter ces disparités, mais il subsiste des lacunes dans les données. Du fait de la couverture et des tailles d'échantillon limitées, on ne dispose pas toujours de données fiables sur la santé qui rendent compte de la diversité de la population autochtone du Canada.

Les dossiers de congés des patients provenant des hôpitaux comprennent des renseignements concernant la morbidité grave et englobent des populations qui ne sont pas régulièrement couvertes par les enquêtes nationales sur la santé. Toutefois, les données concernant l'identité autochtone des patients ne sont pas consignées de façon uniforme dans les données administratives des hôpitaux du pays.

Grâce à l'affectation des données du Recensement de 2001 recueillies pour de petites régions géographiques aux dossiers de congés des patients des hôpitaux consignés dans la Base de données sur la morbidité hospitalière de 2001-2002, le présent rapport fournit des estimations de morbidité suffisamment grave pour nécessiter une hospitalisation. Les hospitalisations dans des hôpitaux de soins de courte durée de personnes vivant dans des régions comptant un pourcentage relativement élevé de résidents autochtones sont comparées avec celles de résidents provenant de régions où le pourcentage d'Autochtones est faible. On explore, en outre, les variations selon l'identité autochtone — Premières Nations, Métis ou Inuits — qui prédomine dans ces régions.

On détermine les facteurs éventuellement inhérents aux différences dans les taux d'hospitalisation entre les résidents de régions comptant un fort et un faible pourcentage d'Autochtones par une correction des taux pour tenir compte du lieu de résidence urbain ou rural et des caractéristiques socioéconomiques de la région.

Principaux résultats

- Les régions comptant un pourcentage relativement élevé d'Autochtones affichaient des taux d'hospitalisation significativement plus élevés que les régions où le pourcentage d'Autochtones était faible.
- Les hospitalisations de patients de régions comptant un pourcentage élevé d'Autochtones étaient caractérisées par une répartition des patients selon l'âge significativement plus importante pour les groupes plus jeunes, en comparaison avec les hospitalisations de patients de régions comptant un faible pourcentage d'Autochtones.
- Les taux les plus élevés d'hospitalisation ont été notés chez les résidents de régions où les Premières Nations représentaient l'identité autochtone prédominante.
- Les taux d'hospitalisation pour des maladies respiratoires, des lésions traumatiques et des troubles mentaux étaient beaucoup plus élevés chez les résidents de régions comptant un fort pourcentage d'Autochtones.
- L'emplacement urbain ou rural du logement et les conditions de logement comportaient les associations les plus fortes en ce qui a trait aux différences entre les taux d'hospitalisation des résidents de régions comptant un fort et un faible pourcentage d'Autochtones.

Table des matières

Introduction 1
Résultats 3
Répartition des aires de diffusion selon leur classification à fort et à faible pourcentages d'Autochtones 3
Des taux d'hospitalisation élevés 4
Différences plus grandes lorsque les données sont corrigées selon l'âge et le sexe 4
Groupes généraux de maladies 6
Maladies et problèmes de santé particuliers 7
Différences réduites à la suite de la correction en fonction des facteurs régionaux 9
Discussion et conclusions 12
Références 13
Annexe A 15
Annexe B 24
Recensement de 2001 24
Base de données sur la morbidité hospitalière 24
Annexe C 25

Introduction

Les disparités en matière de santé entre les populations autochtones et non autochtones ont été documentées au Canada[1-7] et à l'échelle internationale[8-9], et ces différences ont notamment comme conséquences une mortalité prématurée chez les personnes d'origine autochtone[1,10-13]. Même si des efforts ont été déployés pour produire des indicateurs de la santé comparables pour les populations autochtones et non autochtones[14], et que des indices du bien-être des collectivités ont été élaborés[15], il subsiste des lacunes dans la surveillance de la santé des populations autochtones[2,16].

On utilise souvent des données d'enquête pour examiner l'état de santé des Autochtones, mais du fait de la couverture limitée et des petits échantillons, les données sont rarement disponibles selon l'identité autochtone, soit les Premières Nations, les Métis et les Inuits. Les études ont tendance à rendre compte de caractéristiques sur la santé à l'échelle de la population autochtone et, par conséquent, peuvent masquer des différences entre les divers groupes autochtones. Par ailleurs, la mesure selon laquelle les différents déterminants de la santé contribuent à l'état de santé peut varier selon le groupe d'identité autochtone.

Les dossiers de congés des patients provenant des hôpitaux sont des indicateurs sur la morbidité grave et englobent des populations qui ne sont pas régulièrement couvertes par les enquêtes nationales sur la santé. Toutefois, les dossiers des hôpitaux ne comportent pas de données uniformes sur l'identité autochtone des patients. Certains secteurs de compétence ont tenté d'élaborer des mesures plus exhaustives de surveillance de la santé des Autochtones à partir de dossiers administratifs couplés[3,17], mais il n'est pas actuellement possible d'utiliser ces méthodes pour procéder à une analyse nationale.

Le présent rapport combine des données du Recensement de 2001 et des données des dossiers de congés de patients des hôpitaux pour comparer l'hospitalisation des résidents d'aires de diffusion (AD) comptant un pourcentage relativement élevé avec celles ayant un pourcentage relativement faible d'Autochtones[12]. Les taux d'hospitalisation dans les aires de diffusion comptant un fort pourcentage d'Autochtones sont calculés selon l'identité autochtone qui prédomine : Premières Nations, Métis ou Inuits.

Même s'il est important de mesurer et de documenter les différences dans les taux d'hospitalisation entre les groupes autochtones et les groupes non autochtones, il importe aussi de comprendre les facteurs liés à ces différences. Les caractéristiques socioéconomiques sont responsables, dans une certaine mesure, de la prévalence plus grande d'un mauvais état de santé dans les populations autochtones[5]. La présente analyse utilise une approche écologique, basée sur l'hypothèse selon laquelle les caractéristiques sociales, culturelles et environnementales du quartier peuvent influer sur l'état de santé des résidents[18]. L'objectif consiste à déterminer si les différences persistent dans une mesure plus ou moins large lorsque les caractéristiques individuelles et les conditions socioéconomiques régionales sont prises en compte.

Sources de données

Les données proviennent de deux sources : le Recensement du Canada de 2001 et la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) de 2001-2002. Les données du recensement ont trait aux caractéristiques de la population basées sur l'aire de diffusion (AD), la plus petite unité géographique pour laquelle des données du recensement (y compris les caractéristiques des familles, des ménages et des logements ainsi que l'identité autochtone) sont disponibles.

La BDMH, qui est maintenue par l'Institut canadien d'information sur la santé, comprend des données annuelles concernant les congés des patients des hôpitaux de soins de courte durée (par opposition aux hôpitaux de soins de longue durée), y compris les dates d'admission et de congé, les diagnostics et interventions, la date de naissance, le sexe, le code postal et le numéro d'assurance-maladie. Étant donné que le Québec ne fournit pas de code postal complet, lequel est nécessaire pour cette analyse, les données le concernant sont exclues.

Plus de détails concernant ces sources de données figurent à l'annexe B.

Méthodes

Le terme « Autochtones » désigne les personnes s'étant identifiées comme Autochtones dans le Recensement de 2001. Tout au long du présent rapport, les personnes identifiées comme Indiens de l'Amérique du Nord sont appelées Premières Nations. La présente analyse ne fait aucune distinction entre les Autochtones vivant à l'intérieur ou à l'extérieur des réserves. Le pourcentage de résidents autochtones dans une aire de diffusion (AD) correspond au nombre de personnes déclarant une identité autochtone divisé par la population totale de l'AD. Les AD dans lesquelles 33 % ou plus de la population était autochtone ont été classées comme « à fort pourcentage d'Autochtones » et celles où 33 % ou moins de la population était autochtone, comme « à faible pourcentage d'Autochtones »[12]. Les données du recensement ont aussi servi à classer chaque AD comportant un fort pourcentage d'Autochtones selon l'identité prédominante : Premières Nations, Métis et Inuits.

Étant donné que la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) ne comprend pas de renseignements concernant l'identité autochtone, le pourcentage de la population autochtone d'une AD a été affecté à chacun des dossiers de congés des patients des hôpitaux sur la base du code postal du patient, à partir du Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+)[19].

Souvent, les codes postaux ruraux ne sont pas reliés à une seule AD et ils peuvent être utilisés dans plusieurs AD. Le FCCP+ utilise une procédure non biaisée pour attribuer un code postal à une AD, après avoir pris en compte les chiffres de population pondérés pour chaque AD pouvant être sélectionnée. Cela n'a pas pu être fait pour les dossiers de congés de patients des hôpitaux au Québec, qui ne comprennent pas de code postal à six chiffres. L'exclusion du Québec a signifié qu'un nombre considérable d'AD comptant des populations autochtones substantielles ont été exclues de l'analyse (*Limites*). Le tableau A de l'annexe A montre le nombre d'AD auxquelles le pourcentage de la population autochtone n'a pu être attribué. Le tableau C comprend les chiffres sur les hospitalisations exclus de l'analyse parce que les données du code postal étaient incomplètes ou manquantes (n = 31 447, soit 1,5 % de tous les dossiers), ou parce que l'AD ne comportait pas de données de recensement suffisantes pour calculer le pourcentage d'Autochtones dans la population (n = 4 750, soit 0,22 % de tous les dossiers inclus).

En 2001, on comptait 52 993 AD au Canada; 40 840 en excluant le Québec. Parmi celles-ci, 2 066 (5,1 % des AD incluses) étaient classées comme comportant un fort pourcentage d'Autochtones. On n'a pas pu déterminer le fort pourcentage ou le faible pourcentage d'Autochtones pour 2 406 AD (5,9 % de toutes les AD incluses), en raison des très petits chiffres en ce qui a trait à l'identité déclarée ou à cause de données manquantes. Les secteurs de compétence comptant les pourcentages les plus élevés d'AD impossibles à classer étaient Terre-Neuve-et-Labrador, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et la Saskatchewan. La population de ces AD impossibles à classer représentait environ 0,1 % de la population totale du Canada (annexe A, tableau B). Le tableau E de l'annexe A comporte une liste des réserves indiennes et des établissements indiens qui n'ont pas été complètement dénombrés lors du Recensement de 2001 et les estimations correspondantes pour la population.

Les données sur les caractéristiques de chaque AD ont été tirées du Recensement de 2001. La prévalence des données manquantes pour les caractéristiques des régions est indiquée au tableau D de l'annexe A.

Les AD qui n'étaient pas situées dans des régions métropolitaines de recensement ou des agglomérations de recensement (RMR/AR) et qui avaient des populations pondérées de moins de 10 000 habitants ont été désignées comme ***rurales***; autrement, elles ont été classées comme ***urbaines***.

Le ***quintile de revenu moyen des ménages de la région*** est basé sur des données sommaires de revenu par équivalent-personne (RPEP) du quartier (de la RMR/l'AR), corrigées selon la taille du ménage. Le FCCP+[19] a servi à classer les AD en quintile de revenu (annexe C).

Le ***taux d'activité inférieur au taux du secteur de compétence*** est une variable dichotomique (oui/non) qui indique si le taux d'activité d'une AD était inférieur à celui de la province ou du territoire. Le taux d'activité correspond au pourcentage de la population (de 25 ans et plus) occupée ou à la recherche d'un emploi lors de la semaine précédant le Recensement de 2001.

Le ***pourcentage supérieur à la moyenne de la population sans diplôme d'études secondaires*** est une variable dichotomique (oui/non) qui indique si le pourcentage de la population de 20 ans et plus dans une AD qui n'a pas terminé d'études secondaires était supérieur à la moyenne pour la province ou le territoire.

La variable ***20 % ou plus des logements privés nécessitant des réparations majeures*** est une variable dichotomique (oui/non) qui indique si 20 % ou plus des logements privés de l'AD avaient besoin de réparations majeures.

La variable ***10 % ou plus des logements surpeuplés privés*** est une variable dichotomique (oui/non) qui indique si le ratio de personnes et de pièces dans au moins 10 % des logements privés de l'AD est supérieur à une personne par pièce.

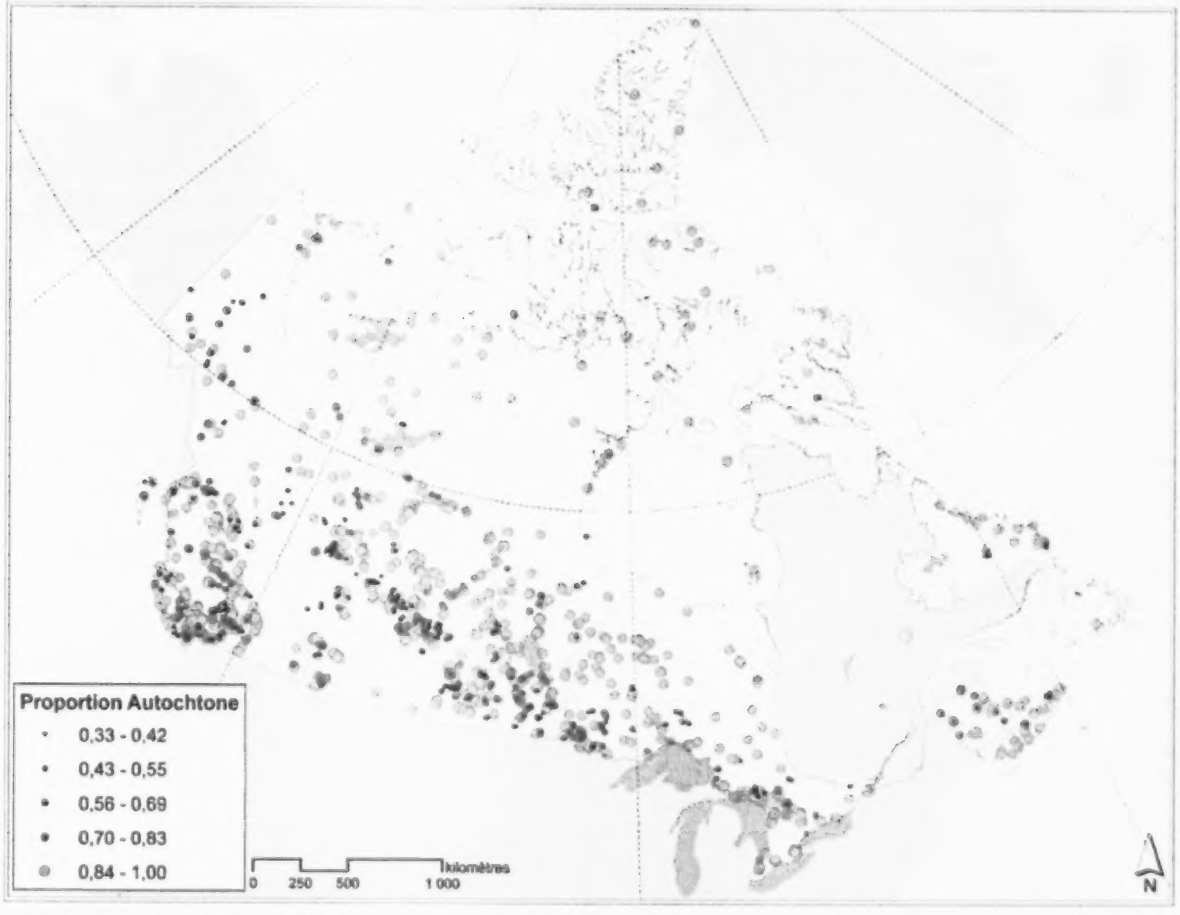
Résultats

Répartition des aires de diffusion selon leur classification à fort et à faible pourcentages d'Autochtones

Selon le Recensement de 2001, 2 066 aires de diffusion (AD) (5,1 % de toutes les AD) comptaient un fort pourcentage d'Autochtones, c'est-à-dire qu'au moins 33 % de la population déclarait une identité autochtone (annexe A, tableau A). Le pourcentage d'Autochtones dans ces AD allait de 32,5 % à 100 % (figure 1). La population totale de ces AD était de 471 130 habitants (annexe A, tableau B).

L'identité autochtone prédominante était celle des Premières Nations dans 1 862 de ces AD; les Métis, dans 135, et les Inuits, dans 69. Le quart (25 %) de la population des AD où l'identité prédominante était celle des Premières Nations se trouvait au Manitoba, suivi par la Saskatchewan (23 %), la Colombie-Britannique (16 %), l'Alberta et l'Ontario (13 % chacun) (données non présentées). La Saskatchewan (29 %), l'Alberta (28 %) et le Manitoba (20 %) comportaient les pourcentages les plus élevés de population d'identité métisse dans les AD où elle prédominait. Les AD où les Inuits prédominaient se trouvaient principalement au Nunavut, avec un pourcentage plus faible dans les Territoires du Nord-Ouest et à Terre-Neuve-et-Labrador (figures A, B et C).

Figure 1
Emplacement des aires de diffusion à fort pourcentage d'Autochtones[†], selon le pourcentage d'Autochtones, Canada, 2001-2002



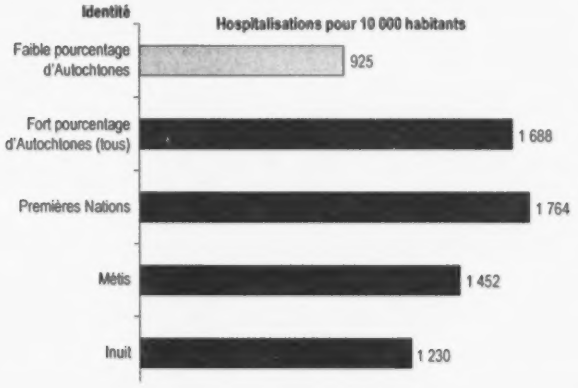
† 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001
Source : Recensement du Canada de 2001.

Des taux d'hospitalisation élevés

Les taux d'hospitalisation des résidents des AD à fort pourcentage d'Autochtones représentaient presque le double de ceux des résidents des AD à faible pourcentage d'Autochtones (figure 2). Les taux étaient les plus élevés pour les AD où l'identité autochtone prédominante était celle des Premières Nations : 1 764 hospitalisations pour 10 000 habitants, comparativement à 925 pour les AD à faible pourcentage d'Autochtones. Dans le cas des AD dans lesquelles les Métis prédominaient, le taux pour 10 000 habitants était de 1 452, et dans le cas des AD où les Inuits prédominaient, il était de 1 230.

Les patients des AD à fort pourcentage d'Autochtones avaient tendance à être plus jeunes que ceux des AD à faible pourcentage d'Autochtones (figure 3). L'âge médian des patients des AD à fort pourcentage d'Autochtones était de 36 ans, comparativement à 53 ans pour les patients des AD à faible pourcentage d'Autochtones. L'âge médian des patients allait de 26 ans pour les AD où les Inuits prédominaient à 42 ans pour celles où les Métis prédominaient. Ces médianes rendent compte du profil d'âge plus jeune de la population autochtone, qui est attribuable en partie au taux de fécondité plus élevé et à la mortalité prématurée.

Figure 2
Taux d'hospitalisation non corrigés des résidents des aires de diffusion à fort* et à faible pourcentages d'Autochtones, selon l'identité autochtone prédominante, Canada, Québec non compris, 2001-2002



* 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001

Nota : Les nombres d'hospitalisations étaient les suivants : aires de diffusion à faible pourcentage d'Autochtones = 2 059 462; aires de diffusion à fort pourcentage d'Autochtones globalement = 79 567 (Premières Nations = 67 160; Métis = 8 157; Inuits = 4 250); régions impossibles à classer = 4 750.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière de 2001-2002; Recensement du Canada de 2001.

Différences plus grandes lorsque les données sont corrigées selon l'âge et le sexe

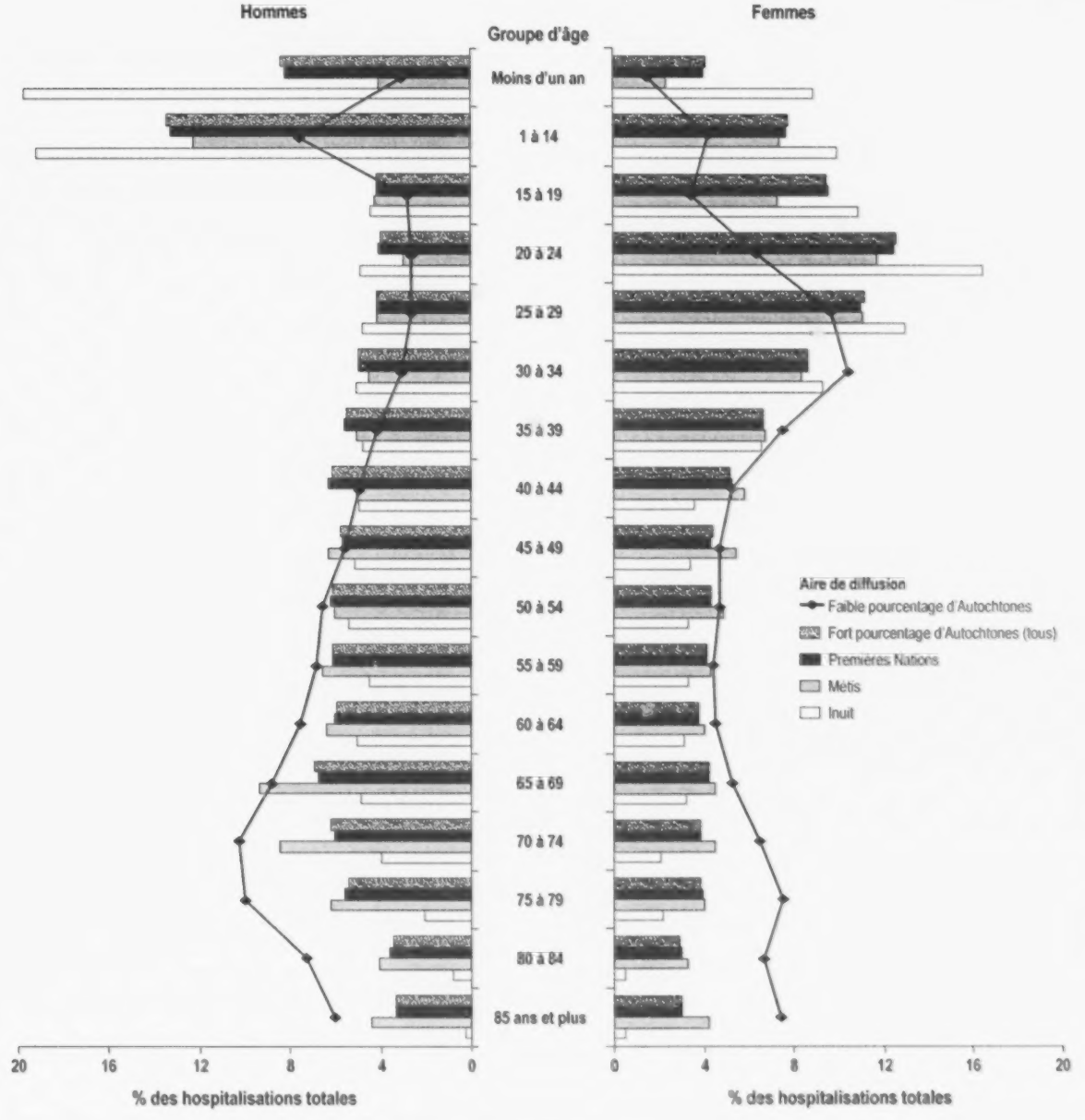
Compte tenu du profil d'âge plus jeune de la population autochtone et du fait que la morbidité grave nécessitant une hospitalisation est plus probable chez les personnes plus âgées, il est nécessaire d'uniformiser les taux d'hospitalisation pour supprimer les répercussions de ces différences.

Le taux d'hospitalisation uniformisé selon l'âge et le sexe pour les résidents des AD à fort pourcentage d'Autochtones était plus de deux fois supérieur à celui pour les résidents des AD à faible pourcentage d'Autochtones (figure 4). Cette différence pourrait en partie s'expliquer par le fait que le taux de fécondité est plus élevé chez les femmes des AD à fort pourcentage d'Autochtones. Toutefois, même en excluant les hospitalisations liées à l'accouchement, des différences dans les taux uniformisés d'hospitalisation persistaient (annexe A, figure D). Les taux étaient les plus élevés pour les AD où les Premières Nations prédominaient : 2 100 hospitalisations pour 10 000 habitants, comparativement à 925 pour les AD à faible pourcentage d'Autochtones. Contrairement aux taux bruts, les taux d'hospitalisation uniformisés pour les AD où prédominaient les Métis (1 676) et les Inuits (1 677) étaient à peu près les mêmes.

Les taux d'hospitalisation pour les résidents des AD à fort pourcentage d'Autochtones dépassaient ceux des AD à faible pourcentage d'Autochtones dans chaque province et territoire (figure 5). Les taux pour les AD à fort pourcentage d'Autochtones étaient les plus élevés au Nouveau-Brunswick (2 914 hospitalisations pour 10 000 habitants), suivis par ceux de l'Alberta (2 747). Avec 827 hospitalisations pour 10 000 habitants, le Nunavut avait le taux le plus faible pour les AD à fort pourcentage d'Autochtones (827).

Les ratios de taux pour les AD à fort pourcentage et à faible pourcentage d'Autochtones allaient de 1,3 au Yukon à 2,7 en Alberta (tableau 1). Les ratios de taux élevés dans certaines provinces, par exemple, en Alberta et en Ontario, sont peut-être en partie attribuables au fait que l'identité prédominante dans bon nombre de ces AD à fort pourcentage d'Autochtones était celle des Premières Nations. Les ratios de taux plus faibles peuvent indiquer que des solutions régionales ont réduit les disparités dans la morbidité grave entre les Autochtones et les non-Autochtones ou, inversement, peuvent indiquer le manque d'accès aux soins.

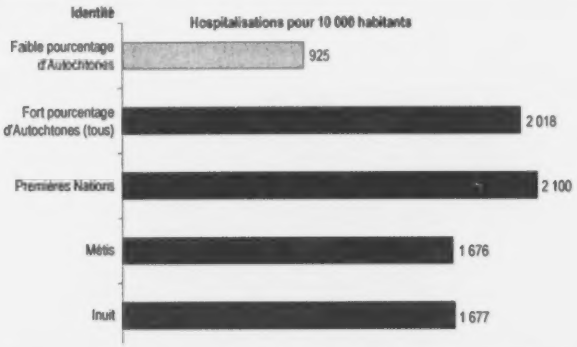
Figure 3
Répartition selon l'âge des hospitalisations des résidents des aires de diffusion à fort* et à faible pourcentages d'Autochtones, selon le sexe et l'identité autochtone prédominante, Canada, Québec non compris, 2001-2002



* 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001

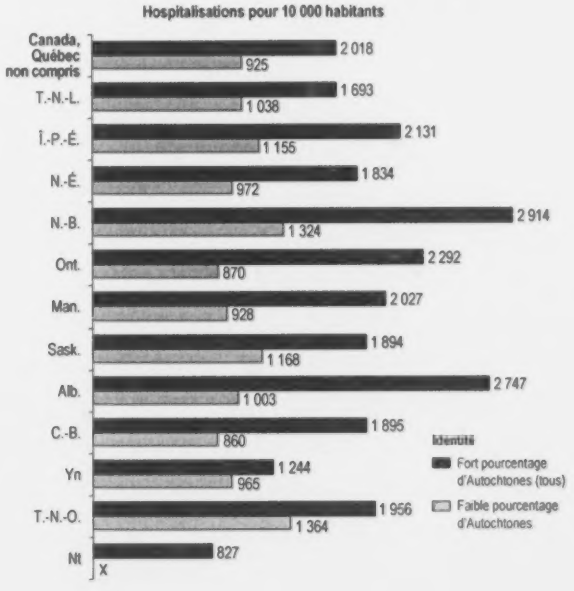
Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière de 2001-2002; Recensement du Canada de 2001.

Figure 4
Taux d'hospitalisation uniformisés selon l'âge et le sexe† des résidents des aires de diffusion à fort‡ et à faible pourcentages d'Autochtones, selon l'identité autochtone prédominante, Canada, Québec non compris, 2001-2002



† répartition de la population uniformisée selon l'âge et le sexe dans les aires de diffusion à faible pourcentage d'Autochtones pour le Canada, Québec non compris, en 2001
‡ 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001
Nota : Les nombres d'hospitalisations dans des hôpitaux de soins de courte durée étaient les suivants : aires de diffusion à faible pourcentage d'Autochtones = 2 059 462; aires de diffusion à fort pourcentage d'Autochtones = 79 567 (Premières Nations = 67 160; Métis = 8 157; Inuits = 4 250); régions impossibles à classer = 4 750 (0,22 % de toutes les hospitalisations dans des hôpitaux de soins de courte durée, Québec non compris, pour 2001-2002).
Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière de 2001-2002; Recensement du Canada de 2001.

Figure 5
Taux d'hospitalisation uniformisés selon l'âge et le sexe† des résidents des aires de diffusion à fort‡ et à faible pourcentages d'Autochtones, selon le secteur de compétence, Canada, Québec non compris, 2001-2002



† répartition de la population uniformisée selon l'âge et le sexe dans les aires de diffusion à faible pourcentage d'Autochtones pour le Canada, Québec non compris, en 2001
‡ 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001
x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière de 2001-2002; Recensement du Canada de 2001.

Tableau 1
Taux d'hospitalisation uniformisés selon l'âge et le sexe†, différence de taux et ratios de taux relatifs des résidents des aires de diffusion à fort‡ et à faible pourcentages d'Autochtones, selon le secteur de compétence, Canada, Québec non compris, 2001-2002

	Taux d'hospitalisation (pour 10 000 habitants)			Ratio de taux relatif (taux élevé/ faible)
	Fort pourcentage d'Autochtones	Faible pourcentage d'Autochtones	Différence	
Canada, Québec non compris	**2 018**	**925**	**1 093**	**2,2**
Terre-Neuve-et- Labrador	1 693	1 038	655	1,6
Île-du-Prince-Édouard	2 131	1 155	976	1,8
Nouvelle-Écosse	1 834	972	862	1,9
Nouveau-Brunswick	2 914	1 324	1 590	2,2
Ontario	2 292	870	1 422	2,6
Manitoba	2 027	928	1 099	2,2
Saskatchewan	1 894	1 168	726	1,6
Alberta	2 747	1 003	1 744	2,7
Colombie-Britannique	1 895	860	1 035	2,2
Yukon	1 244	965	279	1,3
Territoires du Nord-Ouest	1 956	1 364	592	1,4
Nunavut	827	x	x	x

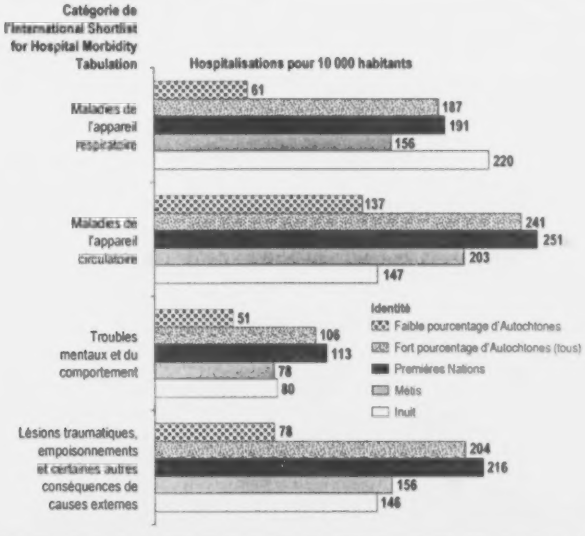
† répartition de la population uniformisée selon l'âge et le sexe dans les aires de diffusion à faible pourcentage d'Autochtones pour le Canada, Québec non compris, en 2001
‡ 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001
x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière de 2001-2002; Recensement du Canada de 2001.

Groupes généraux de maladies

Parmi les résidents des AD à fort pourcentage d'Autochtones, les taux d'hospitalisation uniformisés selon l'âge et le sexe pour les maladies de l'appareil respiratoire étaient trois fois plus élevés que pour les résidents des AD à faible pourcentage d'Autochtones; les taux pour les lésions traumatiques, les empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes étaient 2,6 fois plus élevés (figure 6). Les résidents des AD à fort pourcentage d'Autochtones étaient un peu plus de deux fois plus susceptibles d'être hospitalisés pour un trouble mental, et de 1,8 fois plus susceptibles d'être admis pour une maladie de l'appareil circulatoire, comparativement aux résidents des AD à faible pourcentage d'Autochtones.

Les résidents des AD où prédominaient les Premières Nations avaient les taux d'hospitalisation les plus élevés

Figure 6
Taux d'hospitalisation uniformisés selon l'âge et le sexe[†] des résidents des aires de diffusion à fort[‡] et à faible pourcentages d'Autochtones, selon l'identité autochtone prédominante et la catégorie de l'International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation, Canada, Québec non compris, 2001-2002



[†] répartition de la population uniformisée selon l'âge et le sexe dans les aires de diffusion à faible pourcentage d'Autochtones pour le Canada, Québec non compris, en 2001
[‡] 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001
[§] hospitalisations comportant un code de diagnostic principal dans chaque catégorie de l'International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques); intervalles de code selon le système de classification figurant à l'annexe A, tableau F

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière de 2001-2002; Recensement du Canada de 2001.

pour tous les groupes généraux de maladies compris dans la figure 6, sauf les maladies de l'appareil respiratoire, pour lesquelles les résidents des AD où les Inuits prédominaient avaient les taux les plus élevés.

Maladies et problèmes de santé particuliers

Les taux d'hospitalisation ont été classés afin de déterminer les dix causes d'hospitalisation les plus courantes. Ces classements devraient être interprétés avec prudence, certains étant basés sur de petits nombres d'hospitalisations et de petites différences dans l'ordre de classement. Les causes principales pour les résidents des AD à fort pourcentage d'Autochtones étaient la pneumonie, le diabète sucré, la

Tableau 2
Classement non corrigé des dix diagnostics principaux de la CIM-9[†] comme principale cause de l'hospitalisation, selon l'identité autochtone prédominante dans les aires de diffusion à fort[‡] pourcentage d'Autochtones, Canada, Québec non compris, 2001-2002

Identité et rang	Diagnostic principal à l'admission (code de la CIM-9)	Hospitalisations	Rang dans les aires de diffusion à faible pourcentage d'Autochtones
Fort pourcentage d'Autochtones (tous)			
1	Pneumonie, micro organisme non précisé (486)	2 592	4
2	Traumatisme du périnée et de la vulve au cours de l'accouchement (664)	2 077	1
3	Diabète sucré (250)	1 541	16
4	Bronchite et bronchiolite aiguës (466)	1 511	47
5	Lithiase biliaire (574)	1 478	11
6	Autres symptômes relatifs à l'abdomen et au bassin (douleur abdominale) (789)	1 390	15
7	Travail prématuré et faux travail (644)	1 297	25
8	Symptômes relatifs à l'appareil respiratoire et au thorax (786)	1 285	6
9	Insuffisance cardiaque (y compris insuffisance/maladie cardiaque congestive) (428)	1 258	3
10	Symptômes, signes et états morbides mal définis - symptômes généraux (780)	1 112	13
Premières Nations			
1	Pneumonie, micro organisme non précisé (486)	2 198	4
2	Traumatisme du périnée et de la vulve au cours de l'accouchement (664)	1 689	1
3	Diabète sucré (250)	1 367	16
4	Lithiase biliaire (574)	1 251	11
5	Autres symptômes relatifs à l'abdomen et au bassin (douleur abdominale) (789)	1 193	15
6	Bronchite et bronchiolite aiguës (466)	1 157	47
7	Insuffisance cardiaque (y compris insuffisance/maladie cardiaque congestive) (428)	1 102	3
7	Symptômes relatifs à l'appareil respiratoire et au thorax (786)	1 102	6
9	Travail prématuré et faux travail (644)	1 066	25
10	Symptômes, signes et états morbides mal définis - symptômes généraux (780)	947	13
Métis			
1	Pneumonie, micro organisme non précisé (486)	231	4
2	Traumatisme du périnée et de la vulve au cours de l'accouchement (664)	191	1
3	Diabète sucré (250)	168	16
4	Lithiase biliaire (574)	166	11
5	Convalescence (V66)	152	34
6	Autres symptômes relatifs à l'abdomen et au bassin (douleur abdominale) (789)	150	15
7	Symptômes relatifs à l'appareil respiratoire et au thorax (786)	140	6
8	Insuffisance cardiaque (y compris insuffisance/maladie cardiaque congestive) (428)	136	3
9	Travail prématuré et faux travail (644)	130	25
10	Infections de la peau et du tissu cellulaire sous cutané - autres phlegmons et abcès (682)	123	42
Inuit			
1	Bronchite et bronchiolite aiguës (466)	240	47
2	Traumatisme du périnée et de la vulve au cours de l'accouchement (664)	197	1
3	Pneumonie, micro organisme non précisé (486)	163	4
4	Accouchement normal (650)	108	28
5	Travail prématuré et faux travail (644)	101	25
6	Bronchite chronique (491)	66	18
7	Hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches (642)	65	54
8	Anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col (661)	64	24
9	Lithiase biliaire (574)	61	11
10	Intoxication par analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux (965)	54	127

[†] codes de la CIM-10-AC (Classification internationale des maladies (CIM)) convertis aux codes de la CIM-9 pour Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, la Colombie-Britannique, le Yukon, ainsi que les dossiers de congés des patients des hôpitaux pour la plupart des hôpitaux de la Saskatchewan
[‡] 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière de 2001-2002; Recensement du Canada de 2001

bronchite et bronchiolite aiguës, la lithiase biliaire ainsi que le travail prématuré et faux travail (tableau 2).

La pneumonie (micro-organisme non précisé) était la cause la plus répandue d'hospitalisation chez les résidents des AD où prédominaient les Premières Nations et les Métis; la bronchite et bronchiolite aiguës étaient la cause la plus fréquente d'hospitalisation chez les résidents des AD où prédominaient les Inuits. Le diabète sucré se classait à un niveau élevé dans les causes d'hospitalisation pour les résidents des AD où prédominaient les Premières Nations et les Métis, mais pas dans celles où prédominaient les Inuits. Le classement élevé des intoxications par médicaments était propre aux AD où prédominaient les Inuits.

Les différences provinciales/territoriales dans les causes les plus courantes d'hospitalisation étaient évidentes (tableau 3). La pneumonie venait au premier rang chez les résidents des AD à fort pourcentage d'Autochtones en Ontario et dans les Prairies, et au deuxième rang, en Colombie-Britannique et dans les Territoires du Nord-Ouest. Par contre, pour les résidents des AD à faible pourcentage d'Autochtones dans ces secteurs de compétence (sauf les Territoires du Nord-Ouest), la pneumonie se classait du quatrième au neuvième rang. Même si l'Ontario, le Manitoba et l'Alberta ne comptaient pas d'AD où prédominaient les Inuits, le classement élevé des problèmes respiratoires dans ces provinces s'explique peut-être en partie par le fait que de 1 % à 3 % de leurs congés de patients des hôpitaux concernaient des patients de l'extérieur de la province provenant d'AD où prédominaient les Inuits (annexe A, tableau C). Parmi les résidents des AD à fort pourcentage d'Autochtones dans les provinces de l'Atlantique, les problèmes liés à l'accouchement et les problèmes respiratoires étaient la principale cause d'hospitalisation. Pour ce qui est des résidents des AD à fort pourcentage d'Autochtones dans les Territoires du Nord-Ouest, les problèmes dentaires et les problèmes respiratoires figuraient parmi les causes principales.

Les taux d'hospitalisation pour des problèmes de santé considérés comme très prévalents chez les Autochtones (cardiopathies ischémiques[3,4,20,21], troubles mentaux[5,22] et asthme [21,23,24]) et des problèmes de santé liés au décès prématuré, comme des types particuliers de traumatismes, y compris le suicide ou l'homicide, ont fait l'objet d'un examen distinct (tableau 4). Les taux d'hospitalisation dans le cas des lésions traumatiques infligées par un tiers étaient neuf fois plus élevés chez les résidents des AD à fort pourcentage d'Autochtones que chez ceux des AD à faible pourcentage d'Autochtones. Dans le cas des lésions auto-infligées autres que les intoxications

Tableau 3
Classement non corrigé des cinq diagnostics principaux de la CIM-9† comme principale cause de l'hospitalisation dans les aires de diffusion à fort‡ pourcentage d'Autochtones, selon le secteur de compétence, Canada, Québec non compris, 2001-2002

Secteur de compétence et rang	Diagnostic principal à l'admission (code de la CIM-9)	Hospitalisations	Rang dans les aires de diffusion à faible pourcentage d'Autochtones
Terre-Neuve-et-Labrador			
1	Résultat de l'accouchement (V27)	129	18
2	Symptômes, signes et états morbides mal définis - symptômes généraux (780)	64	12
3	Lithiase biliaire (574)	58	1
4	Autres symptômes relatifs à l'abdomen et au bassin (douleur abdominale) (789)	54	7
5	Symptômes relatifs à l'appareil respiratoire et au thorax (786)	52	10
Nouvelle-Écosse			
1	Symptômes relatifs à l'appareil respiratoire et au thorax (786)	30	7
2	Autres formes aiguës ou subaiguës des cardiopathies ischémiques (411)	x	4
3	Surveillance autre et sans précision (V58)	x	5
3	Traumatisme du périnée et de la vulve au cours de l'accouchement (664)	x	1
5	Infarctus aigu du myocarde (410)	x	2
Nouveau-Brunswick			
1	Accouchement normal (650)	38	21
2	Asthme (493)	36	19
3	Symptômes relatifs à l'appareil respiratoire et au thorax (786)	34	1
3	Diabète sucré (250)	34	14
5	Bronchite et bronchiolite aiguës (466)	x	25
Ontario			
1	Pneumonie, micro organisme non précisé (486)	375	5
2	Symptômes relatifs à l'appareil respiratoire et au thorax (786)	236	6
3	Lithiase biliaire (574)	220	13
4	Traumatisme du périnée et de la vulve au cours de l'accouchement (664)	204	1
5	Diabète sucré (250)	190	16
Manitoba			
1	Pneumonie, micro organisme non précisé (486)	635	3
2	Traumatisme du périnée et de la vulve au cours de l'accouchement (664)	613	1
3	Accouchement normal (650)	487	10
4	Travail prématuré et faux travail (644)	445	15
5	Autres affections de la mère, classées ailleurs, mais compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches (648)	402	55
Saskatchewan			
1	Pneumonie, micro organisme non précisé (486)	489	5
2	Traumatisme du périnée et de la vulve au cours de l'accouchement (664)	385	6
3	Diabète sucré (250)	361	15
4	Lithiase biliaire (574)	349	2
5	Insuffisance cardiaque (y compris insuffisance/maladie cardiaque congestive) (428)	343	1
Alberta			
1	Pneumonie, micro organisme non précisé (486)	607	4
2	Bronchite et bronchiolite aiguës (466)	420	44
3	Traumatisme du périnée et de la vulve au cours de l'accouchement (664)	395	1
4	Diabète sucré (250)	363	16
5	Travail prématuré et faux travail (644)	289	22
Colombie-Britannique			
1	Autres symptômes relatifs à l'abdomen et au bassin (douleur abdominale) (789)	253	11
2	Pneumonie, micro organisme non précisé (486)	195	9
3	Traumatisme du périnée et de la vulve au cours de l'accouchement (664)	174	1
4	Symptômes, signes et états morbides mal définis - symptômes généraux (780)	168	12
5	Troubles du rythme cardiaque (427)	161	2
Territoires du Nord-Ouest§			
1	Maladies des tissus dentaires durs (521)	194	85
2	Pneumonie, micro organisme non précisé (486)	167	2
3	Bronchite et bronchiolite aiguës (466)	161	25
4	Troubles de l'odontogénie (520)	98	45
5	Traumatisme du périnée et de la vulve au cours de l'accouchement (664)	96	4
Nunavut			
1	Traumatisme du périnée et de la vulve au cours de l'accouchement (664)	116	X
2	Bronchite et bronchiolite aiguës (466)	106	X
3	Bronchite chronique (491)	54	X
4	Accouchement normal (650)	44	X
5	Travail prématuré et faux travail (644)	40	X

† codes de la CIM-10-AC (Classification internationale des maladies (CIM)) convertis aux codes de la CIM-9 pour Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, la Colombie-Britannique, le Yukon, ainsi que les dossiers de congés des patients des hôpitaux pour la plupart des hôpitaux de la Saskatchewan

‡ 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001

§ rang relatif pour les patients admis dans les aires de diffusion à faible pourcentage d'Autochtones, mais fréquence inférieure à 30 dans les aires de diffusion à faible pourcentage d'Autochtones pour les codes 521, 466, 520 de la CIM-9.

x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*

Notes : Le nombre total d'hospitalisations dans les aires de diffusion à fort pourcentage d'Autochtones pour l'Île-du-Prince-Édouard était de 58, et pour le Yukon, de 592. Pour ces deux secteurs de compétence, les diagnostics n'ont pu être classés en raison des faibles nombres (moins de 30).

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière de 2001-2002; Recensement du Canada de 2001.

Tableau 4
Taux d'hospitalisation non corrigés et uniformisés[†] selon l'âge et le sexe, certains problèmes de santé[‡], selon la résidence dans une aire de diffusion à fort[§] ou à faible pourcentage d'Autochtones, Canada, Québec non compris, 2001-2002

	Taux d'hospitalisation pour 10 000 habitants				
	Faible pourcentage d'Autochtones	Fort pourcentage d'Autochtones			Ratio de taux relatif
	(brut)	(brut)	(uniformisé)	Différence	C/A
	A	B	C	C-A	
Lésions traumatiques infligées par un tiers	3	27	27	24	9
Lésions auto infligées autres que l'intoxication	1	6	6	5	6
Lésions auto infligées par intoxication	2	8	8	6	4
Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances	7	33	38	31	6
Troubles de l'humeur	19	22	26	7	1
Bronchite et bronchiolite aiguës	5	32	24	19	5
Pneumonie et grippe	25	87	97	72	4
Asthme	9	18	17	8	2
Insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire	20	28	49	29	2
Cardiopathies ischémiques	59	54	84	25	1
Infarctus aigu du myocarde	22	17	27	5	1
Lithiase biliaire	14	31	38	24	3
Cancer du poumon[††]	6	5	9	3	1
Cancer colorectal[††]	7	5	9	2	1
Virus d'immunodéficience humaine (VIH)	0,5	0,7	0,7	0,2	1,4

† répartition de la population uniformisée selon l'âge et le sexe dans les aires de diffusion à faible pourcentage d'Autochtones pour le Canada, Québec non compris, en 2001
‡ diagnostic principal; intervalles de code figurant à l'annexe A, tableau F
§ 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001
†† sont exclues les admissions attribuables au cancer dans les cas où le diagnostic principal était le traitement par chimiothérapie, le cancer étant déclaré indirectement
Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière de 2001-2002; Recensement du Canada de 2001.

et des troubles mentaux liés à l'utilisation de substances, les taux étaient six fois plus élevés, tandis que les lésions auto-infligées par intoxication (p. ex., consommation de tranquillisants ou de barbituriques) étaient quatre fois plus élevés (tableau 4).

Les taux d'hospitalisation pour la bronchite et bronchiolite aiguës ainsi que pour la pneumonie et la grippe étaient respectivement cinq et quatre fois plus élevés pour les résidents des AD à fort pourcentage d'Autochtones que pour les AD à faible pourcentage d'Autochtones. Les taux dans le cas de l'insuffisance cardiaque ou de l'œdème pulmonaire ainsi que de l'asthme chez les résidents d'AD à fort pourcentage d'Autochtones étaient deux fois plus élevés que ceux pour les résidents d'AD à faible pourcentage d'Autochtones. Les différences étaient plus faibles dans le cas de l'infarctus aigu du myocarde et des cardiopathies ischémiques. Du fait de la prévalence plus élevée du virus d'immunodéficience humaine (VIH) chez les Autochtones[25], le taux pour le VIH était 1,4 fois plus élevé chez les résidents des AD à fort pourcentage d'Autochtones que chez ceux des AD à faible pourcentage d'Autochtones. Les différences étaient marginales pour certains cancers, même si les hospitalisations liées au cancer sont probablement sous-estimées (voir *Limites*).

Différences réduites à la suite de la correction en fonction des facteurs régionaux

L'uniformisation selon l'âge et le sexe permet de corriger les taux d'hospitalisation en fonction des différences démographiques dans les populations autochtones et non autochtones. Toutefois, les disparités entre les taux d'hospitalisation de ces populations découlent probablement de différences concernant une gamme beaucoup plus large de facteurs, comme la situation socioéconomique, l'emploi et le logement (annexe A, figure E).

Tableau 5
Taux d'hospitalisation uniformisés[†] dans des hôpitaux de soins de courte durée et ratios de taux[‡] pour 10 000 habitants, toutes causes confondues, pour les résidents des régions à fort[§] pourcentage d'Autochtones, selon l'identité autochtone prédominante, Canada, Québec non compris, 2001-2002

	Fort pourcentage d'Autochtones (tous)		Premières Nations		Métis		Inuit	
	Taux	Ratio de taux	Taux	Ratio de taux	Taux	Ratio de taux	Taux	Ratio de taux
Non corrigés	1 688	1,8	1 764	1,9	1 452	1,6	1 230	1,3
Corrigés selon l'âge et le sexe	2 018	2,2	2 100	2,3	1 676	1,8	1 677	1,8
Corrigés selon le sexe, l'âge et les caractéristiques suivantes de la région :								
Région rurale	1 675	1,8	1 735	1,9	1 364	1,5	329	0,4
Quintile de revenu moyen des ménages de la région	1 884	2,0	1 974	2,1	1 689	1,8	1 784	1,9
Taux d'activité inférieur au taux du secteur de compétence	1 930	2,1	2 014	2,2	1 676	1,8	1 706	1,8
Pourcentage supérieur à la moyenne (du secteur de compétence) de la population de 20 ans et plus sans diplôme d'études secondaires	1 966	2,1	2 052	2,2	1 693	1,8	1 658	1,8
10% ou plus de logements privés surpeuplés	1 830	2,0	1 892	2,0	1 585	1,7	2 002	2,2
20% ou plus de logements privés nécessitant des réparations majeures	1 694	1,8	1 736	1,9	1 567	1,7	1 909	2,1

† répartition de la population uniformisée selon l'âge et le sexe dans les aires de diffusion à faible pourcentage d'Autochtones pour le Canada, Québec non compris, en 2001
‡ les dénominateurs de ratio de taux sont un taux d'hospitalisation, toutes causes confondues, de 925 pour 10 000 habitants pour les résidents des aires de diffusion à faible pourcentage d'Autochtones pour le Canada, Québec non compris, en 2001
§ 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001
Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière de 2001-2002; Recensement du Canada de 2001.

Limites

Par *identité prédominante*, on entend l'identité la plus prévalente (Premières Nations, Métis ou Inuits) parmi toutes les identités autochtones déclarées qui constituaient au moins 1 % de la population totale d'une aire de diffusion (AD) à fort pourcentage d'Autochtones. L'identité prédominante ne signifie pas que 33 % ou plus des résidents de l'AD appartenaient, par exemple, aux Premières Nations; l'interprétation correcte est que 33 % ou plus de la population totale de l'AD était autochtone, et qu'à l'intérieur de celle-ci, les Premières Nations représentaient l'identité prédominante. De plus, à l'intérieur des groupes d'identité autochtone prédominante, il existe des cultures et des identités distinctes.

Pour désigner une AD comme « à fort pourcentage d'Autochtones », on a sélectionné dans la présente analyse un seuil de 33 % ou plus de la population déclarant une identité autochtone. Toutefois, ce seuil ne s'applique pas nécessairement à l'« identité autochtone prédominante ». Étant donné que les Inuits sont concentrés dans des régions géographiques distinctes, le seuil de 33 % a produit des AD dans lesquelles plus de 80 % des résidents étaient des Inuits qui, ensemble, représentaient plus de 80 % de la population inuite[26]. Par contre, les Métis ne sont pas concentrés géographiquement, ce qui fait que les AD à fort pourcentage d'Autochtones dans lesquelles les Métis prédominaient ont produit des AD dans lesquelles un pourcentage beaucoup plus faible de la population était métis et représentait 50 % de tous les Métis au Canada[26].

En 2001, le recensement a été interdit ou interrompu avant qu'il ne soit terminé dans 30 réserves et établissements indiens, consistant en une estimation de 34 541 personnes non recensées (annexe A, tableau E). Par ailleurs, le recensement n'a pas permis de recueillir des données sur l'identité autochtone auprès des personnes vivant dans des logements collectifs. Par conséquent, les taux d'hospitalisation dans des hôpitaux de soins de courte durée dans le cas des AD à fort pourcentage d'Autochtones sont probablement sous-estimés.

Les résultats de la présente étude auraient peut-être été différents s'il avait été possible d'inclure le Québec. En 2001, environ 79 000 résidents du Québec s'identifiaient comme Autochtones, ce qui représente environ 8 % de toutes les personnes qui l'ont fait (près du dixième de la population autochtone totale).

La présente analyse a trait uniquement aux hospitalisations dans des hôpitaux de soins de courte durée; les autres hospitalisations ne sont pas incluses. Par exemple, il a été démontré que les populations autochtones sont représentées de façon disproportionnée dans les hospitalisations pour raisons psychiatriques en Ontario[22].

Les taux d'hospitalisation pour des problèmes de santé précis ont été basés sur le « diagnostic principal » (DxP) de chaque dossier. Du fait de l'utilisation du DxP, les hospitalisations des patients atteints d'un cancer n'ont pas été dénombrées dans les cas où le diagnostic principal était le traitement par chimiothérapie; par conséquent, les taux sous-représentent le total des cas de patients hospitalisés pour des raisons de cancer.

En 2001-2002, la mise en œuvre de la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) était en cours, mais n'était pas terminée (annexe A, tableaux F et G; annexe B). À ce moment-là, les hôpitaux canadiens utilisaient l'un des trois systèmes de classification pour coder leurs données. Pour certaines analyses comprises dans le présent rapport, les codes ont été convertis au système de la CIM-9. Cela peut avoir produit un léger surdénombrement ou sous-dénombrement de certaines maladies classées dans les tableaux 2 et 3 pour certains secteurs de compétence. Même si le codage a été effectué avec l'aide d'un expert et en conformité avec les normes internationales, les taux d'infarctus aigu du myocarde peuvent être sous-estimés pour les hôpitaux utilisant le système de la CIM-10, les systèmes de codage différents rendant compte de la durée plus courte depuis le début de la maladie.

Le présent rapport a utilisé uniquement des techniques d'analyse univariées. La modélisation multivariée hiérarchique, qui permet de corriger simultanément les facteurs concernant le patient et la région, aurait pu produire des résultats différents.

Des valeurs ont été attribuées aux variables dichotomiques à l'échelle régionale en rapport avec des repères au niveau de l'AD ou à celui de la province ou du territoire. Cela peut avoir renforcé ou affaibli l'association entre une variable donnée et les taux d'hospitalisation, comparativement à ce qui aurait été le cas si on avait utilisé un repère national.

En fait, lorsque les caractéristiques concernant de la région étaient prises en compte, les disparités dans les taux d'hospitalisation entre les AD à fort et à faible pourcentages d'Autochtones étaient moindres. La correction pour tenir compte de l'emplacement rural de l'AD et de la prévalence de logements nécessitant des réparations majeures a entraîné une réduction du taux d'hospitalisation chez les résidents des AD à fort pourcentage d'Autochtones (tableau 5). Résider dans une région rurale avait les répercussions les plus grandes, particulièrement dans les AD d'identité inuite, où le ratio de taux corrigé diminuait pour se situer à moins de la moitié de celui des AD à faible pourcentage d'Autochtones. Par contre,

Tableau 6
Taux d'hospitalisation uniformisés[†] pour 10 000 habitants et ratios de taux pour certains problèmes de santé[‡], résidents des aires de diffusion à fort[§] et à faible pourcentages d'Autochtones, selon certaines caractéristiques, Canada, Québec non compris, 2001-2002

	Lésions traumatiques ou empoisonnements[**]		Troubles mentaux ou du comportement[††]		Insuffisance cardiaque ou œdème pulmonaire		Cardiopathies ischémiques		Infarctus aigu du myocarde		Pneumonie ou grippe		Branchite ou bronchiolite aiguës		Asthme	
	Taux	Ratio de taux	Taux	Ratio de taux	Taux	Ratio de taux	Taux	Ratio de taux	Taux	Ratio de taux	Taux	Ratio de taux	Taux	Ratio de taux	Taux	Ratio de taux
Faible pourcentage d'Autochtones	78	...	51	...	20	...	59	...	22	...	25	...	5	...	9	...
Fort pourcentage d'Autochtones																
Non corrigés	181	2,3	93	1,8	28	1,4	54	0,9	17	0,8	87	3,5	32	6,4	18	2,0
Corrigés selon l'âge et le sexe	204	2,6	106	2,1	49	2,5	84	1,4	27	1,2	97	3,9	24	4,8	17	1,9
Corrigés selon le sexe, l'âge et les caractéristiques suivantes de la région :																
Région rurale	178	2,3	103	2,0	40	2,0	79	1,3	27	1,2	66	2,6	17	3,4	16	1,8
Quintile de revenu moyen des ménages de la région	188	2,4	97	1,9	44	2,2	76	1,3	25	1,1	85	3,4	25	5,0	17	1,9
Taux d'activité inférieur au taux du secteur de compétence	193	2,5	100	2,0	48	2,4	80	1,4	26	1,2	90	3,6	22	5,0	16	1,8
Pourcentage supérieur à la moyenne (du secteur de compétence) de la population de 20 ans et plus sans diplôme d'études secondaires	198	2,5	102	2,0	48	2,4	82	1,4	26	1,2	96	3,8	24	4,8	17	1,9
10 % ou plus de logements privés surpeuplés	188	2,4	105	2,1	42	2,1	76	1,3	25	1,1	78	3,1	21	4,2	17	1,9
20 % ou plus de logements privés nécessitant des réparations majeures	174	2,2	99	1,9	36	1,8	69	1,2	24	1,1	70	2,8	22	4,4	16	1,8

[†] répartition de la population uniformisée selon l'âge et le sexe dans les aires de diffusion à faible pourcentage d'Autochtones pour le Canada, Québec non compris, en 2001

[‡] sélectionné à partir du diagnostic principal à l'admission à l'hôpital

[§] 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001

[**] code du diagnostic principal inclus dans la catégorie *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes* de l'International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation de l'OCDE; intervalles de code figurant à l'annexe A, tableau F

[††] hospitalisations dont le code de diagnostic principal est inclus dans la catégorie *Troubles mentaux et du comportement* de l'International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation de l'OCDE; intervalles de code figurant à l'annexe A, tableau F

... n'ayant pas lieu de figurer

Nota : Les ratios de taux sont en rapport avec le « faible pourcentage d'Autochtones ».

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière de 2001-2002; Recensement du Canada de 2001.

la correction pour tenir compte des conditions de logement dans les AD où les Inuits prédominaient avait l'effet inverse, soit l'augmentation des taux d'hospitalisation.

Pour la plupart des problèmes de santé choisis, la correction pour tenir compte du lieu de résidence dans une région rurale ou de la prévalence de logements nécessitant des réparations majeures avait la plus grande répercussion sur les taux d'hospitalisation (tableau 6). Par exemple, les taux d'hospitalisation pour les lésions traumatiques et empoisonnements chez les résidents d'AD à fort pourcentage d'Autochtones ont diminué une fois corrigés pour tenir compte de l'emplacement rural passant de 204 pour 10 000 habitants (ratio de taux de 2,6) à 178 (ratio de taux de 2,3), et à 174 (ratio de taux de 2,2) une fois corrigés pour tenir compte des logements nécessitant des réparations majeures. De même, la correction pour tenir compte de ces deux facteurs a entraîné une réduction des ratios de taux pour l'insuffisance cardiaque et l'œdème pulmonaire, ainsi que la pneumonie et la grippe.

La correction pour tenir compte des logements surpeuplés a fait baisser le ratio de taux d'hospitalisation, particulièrement dans le cas de la pneumonie et de la grippe (de 3,9 à 3,1) et de la bronchite et bronchiolite aiguës (de 4,8 à 4,2). La correction pour tenir compte de cette caractéristique a réduit modérément le ratio de taux d'hospitalisation dans le cas de l'insuffisance cardiaque et de l'œdème pulmonaire (tableau 6).

En général, la correction pour tenir compte du quintile de revenu moyen des ménages a eu relativement peu de répercussions sur les ratios de taux; les réductions les plus grandes ont touché la pneumonie et la grippe. En ce qui a trait à l'asthme ainsi qu'à la bronchite et bronchiolite aiguës, la correction pour tenir compte du revenu du ménage a eu l'effet inverse, faisant augmenter légèrement le ratio de taux.

La correction pour tenir compte de l'activité sur le marché du travail et du niveau de scolarité des résidents dans les AD a donné lieu à des modifications modestes ou nulles des ratios de taux pour toutes les catégories de maladies sélectionnées.

Discussion et conclusions

Les disparités en matière de santé entre les populations autochtones et non autochtones au Canada ont été largement documentées[2-7,21]. Le présent rapport fournit de nouvelles données concernant les variations dans la morbidité grave, mesurée en considérant l'identité autochtone prédominante et l'hospitalisation dans des hôpitaux de soins de courte durée de résidents d'AD à fort et à faible pourcentages d'Autochtones.

Les données d'enquêtes fournissent des estimations de la prévalence de maladies, mais pas de leur gravité ou de leur progression. Les données d'enquête autodéclarées peuvent aussi comporter un biais de mémorisation et être limitées par la capacité des répondants à décrire avec exactitude leurs problèmes médicaux. Par ailleurs, l'hospitalisation dans des hôpitaux de soins de courte durée constitue, par définition, l'indication d'une morbidité relativement grave. Les données administratives des hôpitaux peuvent comprendre des données médicales plus précises et fournir des renseignements plus détaillés concernant les types de morbidité qui contribuent aux différences dans les taux d'hospitalisation entre les résidents des AD à fort et à faible pourcentages d'Autochtones.

Les résultats de la présente analyse sont conformes aux données déclarées pour les populations de Premières Nations ou d'Indiens inscrits, à partir des données régionales sur les congés des patients des hôpitaux[3,21], d'autres données administratives sur les services de santé[20], et de données internationales[8].

Les différences dans les taux d'hospitalisation étaient plus grandes une fois les données uniformisées selon l'âge et le sexe. Cela laisse supposer que les résidents des AD à fort pourcentage d'Autochtones étaient plus susceptibles de subir des traumatismes et de contracter des maladies graves à un plus jeune âge. Le taux plus élevé d'hospitalisation pour lésions traumatiques chez les résidents des AD à fort pourcentage d'Autochtones rendent compte de la plus grande prévalence des lésions traumatiques graves dans les populations autochtones vivant à l'extérieur des réserves[6]. Les taux plus élevés d'hospitalisation pour les lésions auto-infligées et autres lésions rendent compte du classement de ces lésions parmi les principales causes de mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à fort pourcentage d'Autochtones[12].

De même, les taux plus élevés d'hospitalisation pour des problèmes de l'appareil circulatoire correspondent au classement des maladies de l'appareil circulatoire comme troisième cause de décès en importance dans les régions sociosanitaires à fort pourcentage d'Autochtones[12]. L'augmentation des taux d'hospitalisation peut être le résultat du rapport entre différentes maladies au cours de la vie d'une personne. La pneumonie peut être un facteur du développement de maladies de l'appareil circulatoire[27], tout comme le diabète et l'hypertension. Ces problèmes de l'appareil circulatoire sont très prévalents dans la population autochtone[5,23,24,28-30]. Par ailleurs, une mauvaise santé bucco-dentaire peut présenter un risque accru de morbidité liée à la maladie cardiaque plus tard dans la vie[31,32]. Dans une certaine mesure, les taux plus élevés d'hospitalisation pour des maladies des appareils circulatoire et respiratoire peuvent rendre compte de la prévalence plus grande du tabagisme[5,23,24], de l'apport calorique plus élevé[34], ainsi que de l'embonpoint et de l'obésité[34,35] dans la population autochtone.

Les taux relativement faibles d'immunisation dans certaines populations autochtones[36] peuvent contribuer au taux plus élevé d'hospitalisation pour des maladies respiratoires. Toutefois, l'analyse du présent rapport laisse supposer que les conditions de logement jouent aussi un rôle. Le surpeuplement et les maisons nécessitant des réparations majeures[23] peuvent être propices à la propagation de maladies infectieuses et entraîner des taux plus élevés d'hospitalisation pour des troubles respiratoires[37-40].

Les taux d'hospitalisation variaient selon l'identité autochtone prédominante dans l'AD. Les taux pour les résidents des AD où prédominaient les Inuits étaient plus faibles que ceux pour les résidents des AD où prédominaient les Premières Nations. Plusieurs facteurs peuvent jouer un rôle à cet égard. La diète des adultes inuits est encore largement constituée de leur récolte de viande et de poisson[23], soit des aliments qui pourraient avoir des effets protecteurs pour la santé. Les Inuits sont plus susceptibles de se rendre à l'extérieur de leur secteur de compétence pour être hospitalisés dans des hôpitaux de soins de courte durée, ce qui peut donner lieu à des séjours plus longs à l'hôpital. Par contre, les résidents des AD à fort pourcentage d'Autochtones vivant dans des régions moins éloignées peuvent se rendre à l'hôpital plus fréquemment, mais y demeurer moins longtemps. Il est possible que les résidents des AD où les Inuits prédominent n'aient pas la même facilité d'accès aux services de santé que les résidents des autres AD à fort pourcentage d'Autochtones. Les taux d'hospitalisation plus faibles des résidents des AD où prédominent les Inuits peuvent indiquer un moins grand accès aux soins, avec pour résultat des décès plutôt que des hospitalisations. Cette possibilité pourrait être évaluée plus tard à partir d'une analyse au niveau de la personne portant sur la durée du séjour à l'hôpital et la distance entre l'hôpital et la résidence du patient. L'augmentation des taux d'hospitalisation des résidents des AD où prédominent les Inuits qui découle de la correction pour tenir compte des conditions de logement sous-estime le rôle possible de ces facteurs dans la morbidité hospitalière des Inuits.

Les taux d'hospitalisation étaient aussi plus faibles chez les résidents des AD où les Métis prédominaient, comparativement aux AD où les Premières Nations prédominaient. Cela vient peut-être en partie du fait que près de 70 % de la population métis vit dans des centres urbains[24] et, par conséquent, elle a peut-être davantage accès aux

services de soins de santé primaires que les résidents des AD où prédominent les Premières Nations.

Le présent rapport a tenté de déterminer la contribution relative des divers facteurs socioéconomiques et géographiques en ce qui a trait aux différences dans les taux d'hospitalisation entre les AD à fort et à faible pourcentages d'Autochtones. Les facteurs sélectionnés sur la base de la région varient dans leur degré d'association avec les taux d'hospitalisation, même si les emplacements ruraux et les logements surpeuplés semblent comporter le lien le plus étroit, en particulier dans les AD où les Premières Nations et les Inuits prédominent, ainsi que dans celles où les hospitalisations sont liées à des problèmes respiratoires.

Il est moins évident de déterminer la façon dont les conditions de logement influent sur la morbidité cardiaque. Le surpeuplement peut augmenter le risque de maladies infectieuses qui, à leur tour, pourraient avoir des répercussions sur la santé cardiaque[41]. Les logements qui nécessitent des réparations majeures pourraient contribuer à l'exposition au froid, ce qui peut jouer un rôle dans la pathogénie cardiaque[42].

L'association significative entre l'emplacement rural et l'hospitalisation peut être attribuable en partie au fait que les résidents des régions rurales risquent généralement de subir davantage de lésions traumatiques[43], par exemple, parce qu'ils se déplacent sur de longues distances en véhicules automobiles. Le lieu de résidence rural peut aussi représenter des difficultés d'accès aux soins de santé primaires préventifs[44]. Enfin, le tabagisme, l'obésité et le style de vie sédentaire, qui sont des facteurs de risque de la morbidité cardiaque et respiratoire, sont plus prévalents chez les résidents des régions rurales[45].

Les différences dans les taux d'hospitalisation entre les AD à fort et à faible pourcentages d'Autochtones ne diminuent pas beaucoup lorsqu'elles sont corrigées pour tenir compte du revenu moyen des ménages de la région, de leur niveau de scolarité et de leur taux d'activité. Cela fait ressortir les limites d'une approche écologique, compte tenu des gradients bien établis de l'état de santé découlant de ces déterminants sur le plan individuel. Les variables régionales peuvent jouer un rôle dans la morbidité, mais elles n'exercent pas une influence aussi directe que les facteurs au niveau de la personne, comme le tabagisme.

Les taux d'hospitalisation dans les AD comptant un fort pourcentage de résidents autochtones, et plus particulièrement de Premières Nations, étaient plus élevés nationalement et dans les divers secteurs de compétence. Cela pourrait indiquer un besoin de soins de santé préventifs, un manque d'accès aux soins ou une plus grande prévalence de la morbidité grave. Ces taux élevés montrent aussi quelles régions et quels problèmes de santé se prêtent à des interventions ciblées, qui pourraient éventuellement réduire les disparités dans la mortalité prématurée entre les Autochtones et les non-Autochtones.

L'analyse d'uniformisation des caractéristiques de la région fait ressortir les facteurs pouvant être modifiés, plus particulièrement les conditions de logement, qui sont associées aux différences dans les taux d'hospitalisation. Toutefois, la correction pour tenir compte du revenu des ménages de la région, de leur niveau de scolarité et de leur taux d'activité n'a pas réduit les différences dans les taux d'hospitalisation entre les AD à fort et à faible pourcentages d'Autochtones dans la même mesure que la correction pour tenir compte de l'emplacement rural et des conditions de logement.

Même si le présent rapport tente de combler les lacunes existantes dans les données, il est basé sur des données régionales. On ne peut pas déterminer de façon définitive si les résidents des AD à fort pourcentage d'Autochtones risquent davantage d'être hospitalisés que les résidents des AD à faible pourcentage d'Autochtones sans chiffres sur les hospitalisations au niveau de la personne, lesquels comprendraient des renseignements sur l'identité autochtone.

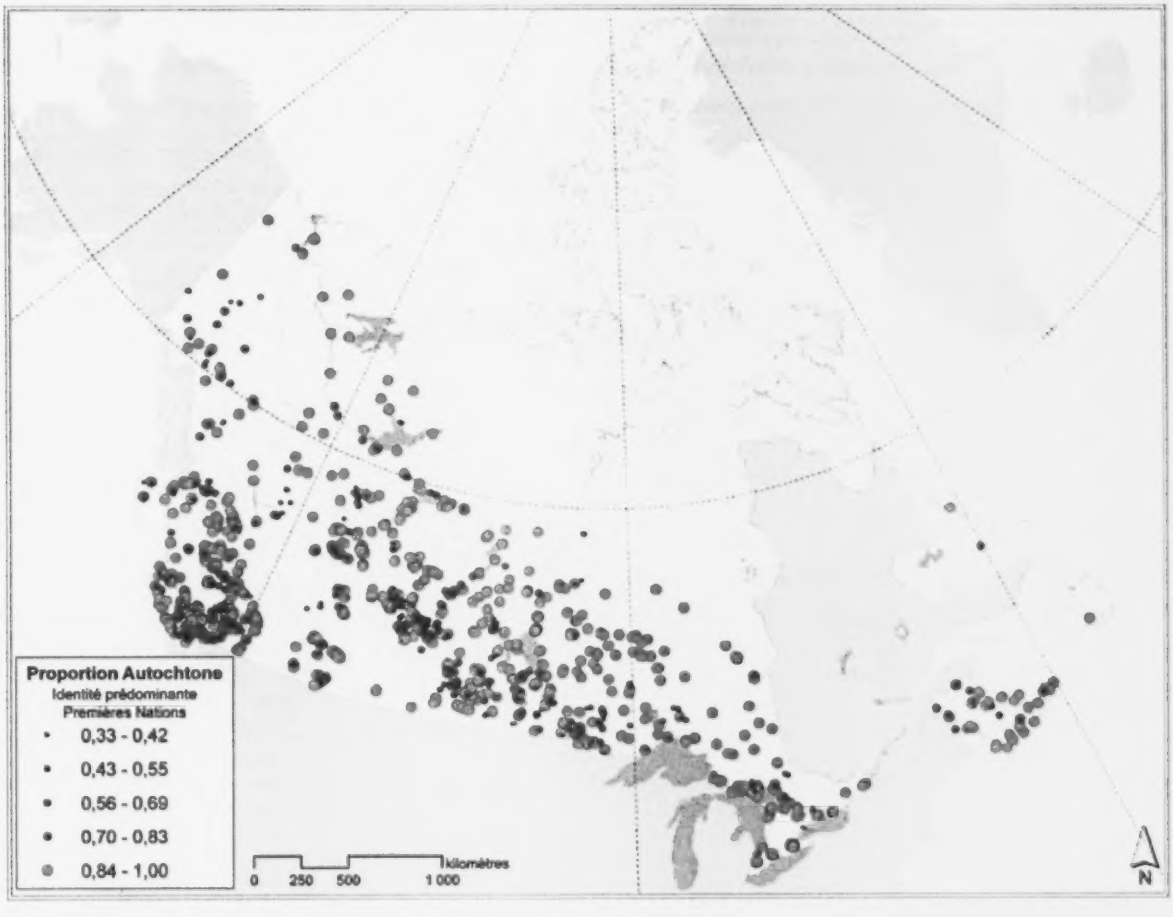
Références

1. R. Wilkins, M. Tjepkema, C. Mustard et R. Choinière, « The Canadian census mortality follow-up study, 1991 through 2001 », *Rapports sur la santé*, 19(3), 2008, p. 25-43 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
2. J. Smylie, P. Adomako dans Indigenous Children's Health Report: Health Assessment in Action. Keenan Research Centre, The Centre for Research on Inner City Health 2009, disponible à l'address http://www.stmichaelshospital.com/crich/indigenous_childrens_health_report.php, (document consulté le 17 avril 2009).
3. P. Martens, R. Bond, L. Jebamani *et al.*, *The Health and Health Care Use of Registered First Nations People Living in Manitoba: A Population-Based Study*, Winnipeg, Manitoba, Manitoba Center for Health Policy, University of Manitoba, March 2002.
4. N. Adelson, « The embodiment of inequity. Health disparities in Aboriginal Canada », *Canadian Journal of Public Health*, 96 (Supplement 2), 2005, p. S45-61.
5. M. Tjepkema, « La santé des autochtones hors réserve », *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 13(Suppl), 2002, p. 73–88.
6. M. Tjepkema, « Les blessures non mortelles chez les Autochtones », *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 16(2), 2005, p. 9-22.
7. Assembly of First Nations. *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03, Results for Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities*, Ottawa, Assembly of First Nations/First Nations Information Governance Committee, 2007, disponible à l'address http://www.rhs-ers.ca/english/pdf/rhs2002-03reports/rhs2002-03-technicalreport-afn.pdf, document consulté le 21 juin 2009.

8. Australian Health Ministers' Advisory Council, 2008, *Aboriginal and Torres Strait Islander Health Performance Framework, Report 2008*, AHMAC, Canberra.
9. F. Trovato, « Aboriginal mortality in Canada, the United States and New Zealand », *Journal of Biosocial Science*, 33, 2001, p. 67-86.
10. Santé Canada, *A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada*, Ottawa, Health Canada 2003.
11. R. Wilkins, S. Uppal, P. Finès *et al.*, « Espérance de vie dans les régions où vivent les Inuits au Canada, 1989 à 2003 », *Rapports sur la santé*, 19(1), 2008, p. 1-13 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
12. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.M. Berthelot, « Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone », *Rapports sur la santé*, 15(1), 2004, p. 51-60 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
13. M. Tjepkema, R. Wilkins, S. Senécal *et al.*, « Mortality of Métis and Registered Indian adults in Canada; An 11-year follow-up study », *Rapports sur la santé*, 20(4), 2009, p. 31-51 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
14. Santé Canada, disponible à l'address http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/system-regime/2008-fed-comp-indicat/index-eng.pdf
15. Indian and Northern Affairs Canada (INAC), disponible à l'address http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/mr/nr/s-d2004/02520abk-eng.asp
16. T.K. Young, « Review of research on Aboriginal populations in Canada: relevance to their health needs », *British Medical Journal*, 327, 2003, p. 419-422.
17. Aboriginal Policy Research Conference 2009, présentations disponible à l'address http://www.aprc-crmpa.ca/presentations/Session%2097%20Pres.%202.pdf. http://www.aprccrmpa.ca/presentations/Session%2097%20Pres.%203.pdf
18. M. Malmström, J. Sundquist et S.E. Johansson, « Neighborhood environment and self-reported health status: A multilevel analysis », *American Journal of Public Health*, 89(8), 1999, p. 1181-1186.
19. Statistique Canada, *Postal Code Conversion File (PCCF), Reference Guide*, disponible à l'address http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=92-153-G&lang=eng.
20. M. Lemstra, C. Neudorf et J. Opondo, « Health disparity by neighbourhood income », *Canadian Journal of Public Health*, 97(6), 2006, p. 435-439.
21. Santé Canada, A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada, Health Services Utilization in Western Canada, 2000, Ottawa, Health Canada, 2009.
22. A.J. Dalrymple, J.J. O'Doherty et K.M. Nietschei, « Comparative analysis of Native admissions and registrations to Northwestern Ontario treatment facilities: Hospital and community sectors », *Canadian Journal of Psychiatry*, 40(8), 1995, p. 467-473.
23. H. Tait, « *Aboriginal Peoples Survey, 2006: Inuit Health and Social Conditions* », (Catalogue 89-637-X -No. 001) Ottawa, Statistique Canada, 2008.
24. T. Janz, J. Seto et A. Turner, « *Aboriginal Peoples Survey, 2006. An Overview of the Health of the Métis Population* », (Catalogue 89-637-X- No. 004) Ottawa, Statistique Canada, 2009.
25. Public Health Agency of Canada (PHAC) 2004, HIV/AIDS Among Aboriginal Peoples in Canada: A Continuing Concern, disponible à l'address http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/epi_update_may_04/9-eng.php. Accessed June 30, 2009.
26. P. Finès, « La courbe concentration-couverture : un outil pour les études écologiques », *Rapports sur la santé*, 19(4), 2008, p. 57-62 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
27. J. Ngeh, V. Anand et S. Gupta, « Chlamydia pneumoniae and atherosclerosis – what we know and what we don't know. Review », *Clinical Microbiology and Infection*, 8(1), 2002, p. 2-13.
28. V. O'Donnell et A. Ballardin, « *Aboriginal Peoples Survey 2001 - Provincial and Territorial Reports: Off-reserve Aboriginal Population* », (Catalogue 89-618-XIE) Ottawa, Statistique Canada, 2006.
29. Santé Canada, *Diabetes among Aboriginal (First Nations, Inuit and Métis) People in Canada: The Evidence*, Ottawa, Health Canada, 2000.
30. S.B. Harris, J. Gittlelsohn, A. Hanley *et al.*, « The prevalence of NIDDM and associated risk factors in Native Canadians », *Diabetes Care*, 20(2), 1997, p. 185-187.
31. DeStefano F, Anda RF, Khan HS et al. Dental disease and risk of coronary heart disease and mortality. *British Medical Journal* 1993; 306: 688-91.
32. H.I. Morrison, L.F. Ellison et G.W. Taylor, « Peridontal disease and risk of fatal coronary heart and cerebrovascular diseases », *Journal of Cardiovascular Risk*, 6(1), 1999, p. 7-11.
33. M. Lemstra, J. Mackenbach, C. Neudorf *et al.*, « Daily smoking in Saskatoon: The independent effect of income and cultural status », *Canadian Journal of Public Health*, 100(1), 2009, p. 51-54.
34. Ho L, Gittelsohn J, Sharma S, et al. Food-related behaviour, physical activity, and dietary intake in First Nations – a population at high risk for diabetes. *Ethnicity and Health* 2008; 13(4): 335-349.
35. D. Garriguet, « L'obésité et les habitudes alimentaires de la population autochtone », *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 19(1), 2008, p. 1-15.
36. Santé Canada, disponible à l'address http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/fnih-spni-eng.php#immuni. (document consulté le 12 juin 2009).
37. R. Alaghehbandan, K.D. Gates et D. MacDonald, « Hospitalization due to pneumonia among Innu, Inuit and non-Aboriginal communities, Newfoundland and Labrador, Canada », *International Journal of Infectious Diseases*, 11, 2007, p. 23-28.
38. A. Banerji, D. Greenberg, L.F. White *et al.*, « Risk factors and viruses associated with hospitalization due to lower respiratory tract infections in Canadian Inuit children: a case-control study », *Pediatric Infectious Disease Journal*, 28(8), 2009, p. 697-701.
39. A. Banerji, A. Bell, E.I. Mills *et al.*, « Lower respiratory tract infections in Inuit infants on Baffin Island », *Journal of the Canadian Medical Association*, 164(13), 2001, p. 1847-1850.
40. T. Kovesi, N.L. Gilbert, C. Stocco *et al.*, « Indoor air quality and the risk of lower respiratory tract infections in young Canadian Inuit children », *Journal of the Canadian Medical Association*, 177(2), 2007, p. 155-160.
41. Y.K. Wong, K.D. Dawkins et M.E. Ward, « The association between deaths from myocardial infarction and household size in England and Wales », *Journal of Cardiovascular Risk*, 8(3), 2001, p. 159-163.
42. E.L. Lloyd, « The role of cold in ischaemic heart disease: a review », Journal of Public Health, 105(3), 1991, p. 205-215.
43. Canadian Institute for Health Information, *How Healthy Are Rural Canadians? An Assessment of Their Health Status and Health Determinants*, Ottawa, Canadian Institute for Health Information, 2006.
44. S. Marrone, « Understanding barriers to health care: a review of disparities in health care services among Indigenous populations », *International Journal of Circumpolar Health*, 66(3), 2007, p. 188-198.
45. Statistique Canada, *Canadian Community Health Survey, Health Indicators, 2009*, disponible à l'address http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/2009001/ana-eng.htm#fs-fi.
46. OECD International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation, disponible à l'address http://www.ecosante.org/OCDEENG/340010.html.

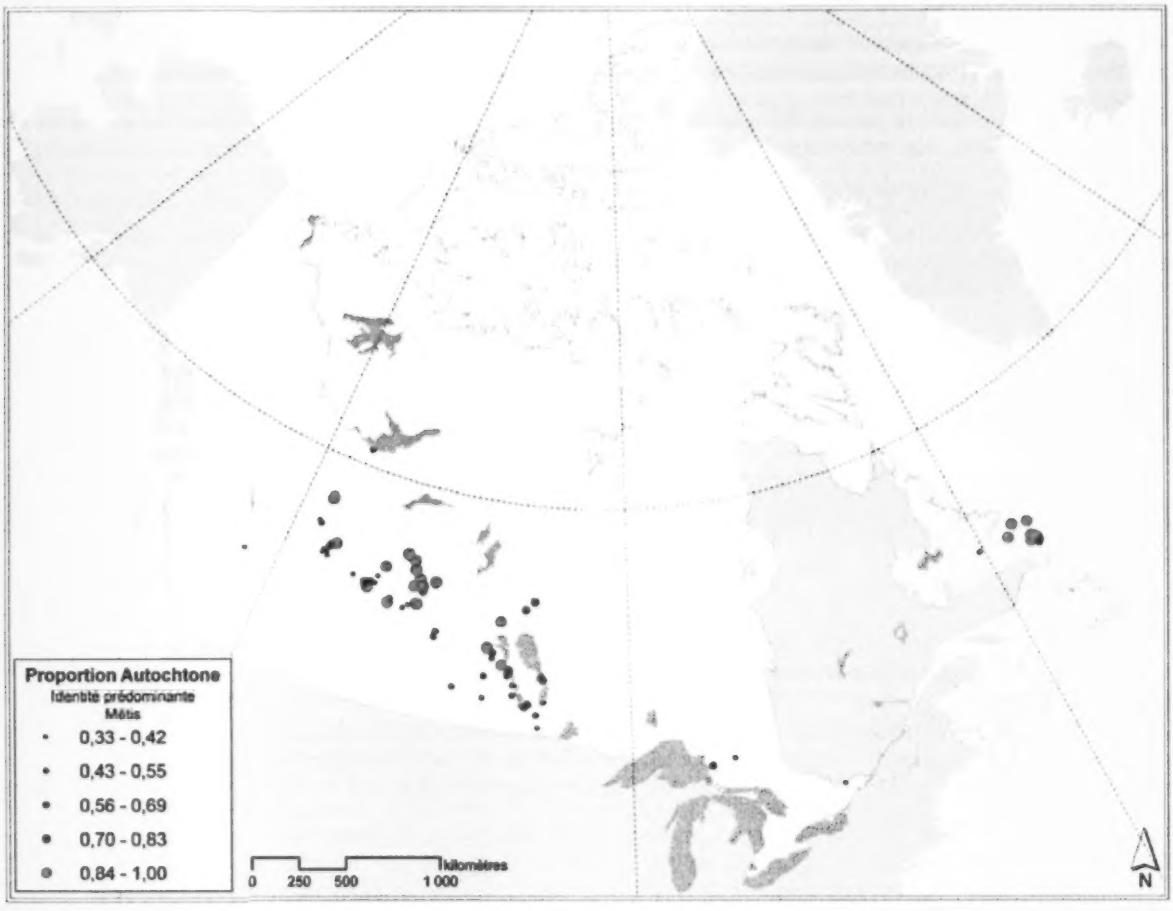
Annexe A

Figure A
Répartition des aires de diffusion à fort[1] pourcentage d'Autochtones où prédominent les Premières Nations, selon la proportion d'Autochtones, Canada, 2001-2002



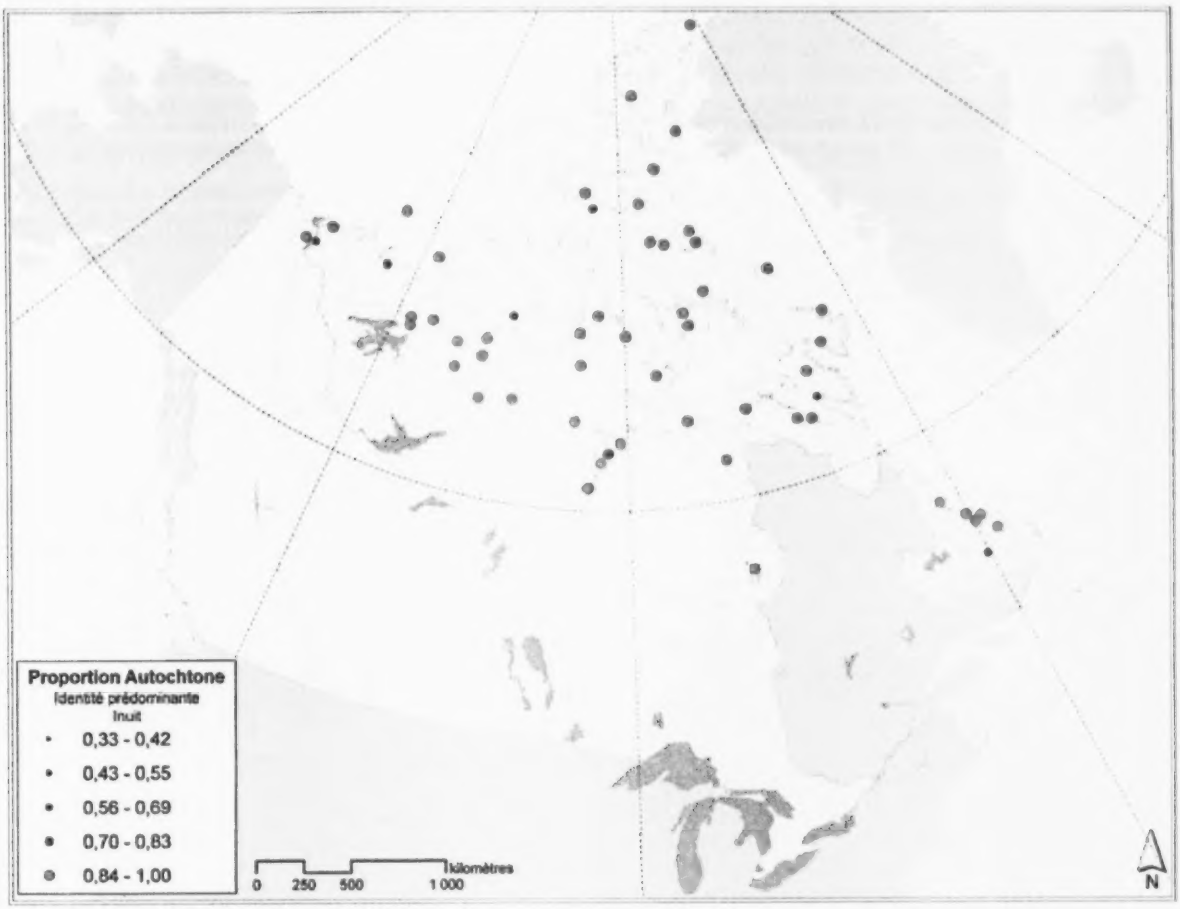
[1] 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001
Source : Recensement du Canada de 2001.

Figure B
Répartition des aires de diffusion à fort[1] pourcentage d'Autochtones où prédominent les Métis, selon la proportion d'Autochtones, Canada, 2001-2002



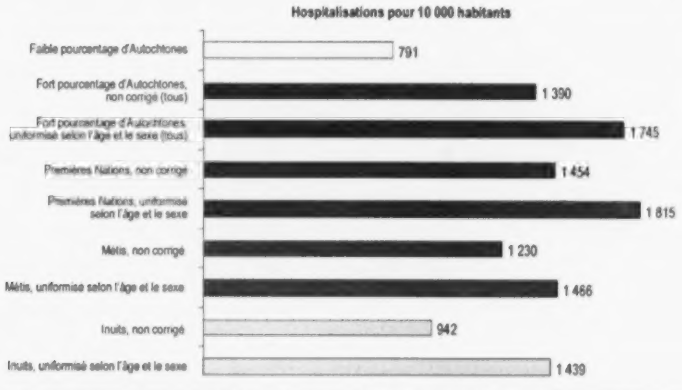
[1] 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001
Source : Recensement du Canada de 2001.

Figure C
Proportion des aires de diffusion à fort[1] pourcentage d'Autochtones où prédominent les Inuits, selon la proportion d'Autochtones, Canada, 2001-2002



[1] 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001
Source : Recensement du Canada de 2001.

Figure D
Taux d'hospitalisation[†] (avec suppressions[‡]) des résidents des aires de diffusion à fort[§] et à faible pourcentages d'Autochtones, selon l'identité autochtone prédominante, Canada, Québec non compris, 2001-2002



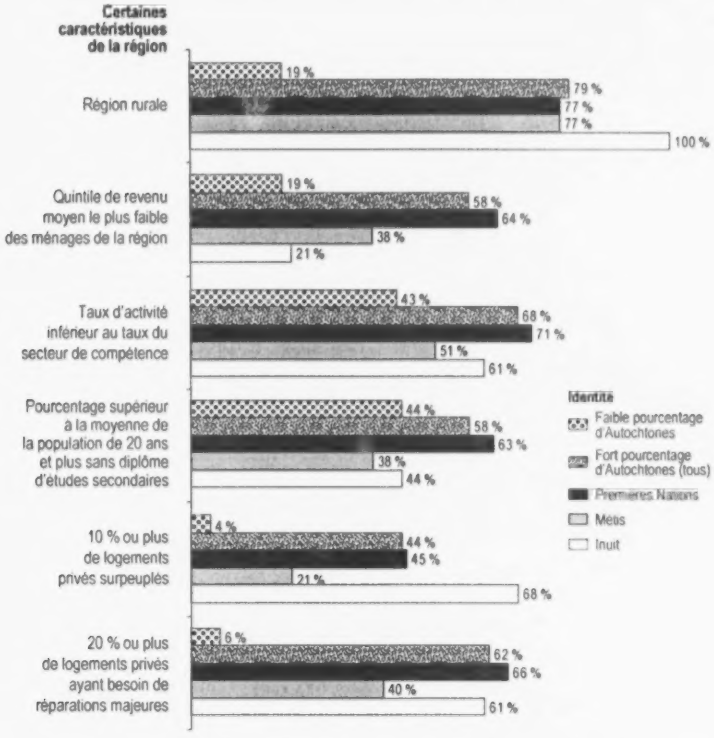
[†] répartition de la population uniformisée selon l'âge et le sexe dans les aires de diffusion à faible pourcentage d'Autochtones pour le Canada, Québec non compris, en 2001

[‡] Les hospitalisations liées à la grossesse et à l'accouchement sont exclues des calculs des taux; les suppressions comprennent les hospitalisations dont le code de diagnostic principal est compris dans la catégorie « Grossesse, accouchement et puerpéralité » de l'International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation de l'OCDE, ainsi que certains codes de la section « Sujets ayant recours aux services de santé pour les motifs liés à la reproduction » de la CIM-10 (Classification internationale des maladies (CIM)); intervalles de code pour les suppressions énumérées selon le système de classification de l'annexe A, tableau F

[§] 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière de 2001-2002; Recensement du Canada de 2001.

Figure E
Pourcentage de la population vivant dans des aires de diffusion à fort[1] et à faible pourcentages d'Autochtones, selon l'identité autochtone prédominante et certaines caractéristiques de la région, Canada, Québec non compris, 2001-2002



[1] 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001
Source : Recensement du Canada de 2001.

Tableau A
Répartition des aires de diffusion de 2001, selon la classification à fort[†] et à faible pourcentages d'Autochtones, l'identité autochtone prédominante et le secteur de compétence, Canada, 2001

	Total des aires de diffusion	Faible pourcentage d'Autochtones		Fort pourcentage d'Autochtones (tous)		Premières Nations		Métis		Inuit		% d'Autochtones impossibles à classer	
	Nombre	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Canada	52 993	47 914	90,4	2 210	4,0	1 981	4,0	136	0,3	93	0,2	2 869	5,0
Canada, Québec non compris	**40 840**	**36 368**	**89,1**	**2 066**	**5,1**	**1 862**	**4,6**	**135**	**0,3**	**69**	**0,2**	**2 406**	**5,9**
Terre-Neuve-et- Labrador	1 231	901	73,2	27	2,2	4	0,3	17	1,4	6	0,5	303	24,6
Île-du-Prince-Édouard	225	209	92,9	4	1,8	4	1,8	0	0,0	0	0,0	12	5,3
Nouvelle-Écosse	1 397	1 273	91,1	34	2,4	34	2,4	0	0,0	0	0,0	90	6,4
Nouveau-Brunswick	1 349	1 204	89,3	31	2,3	31	2,3	0	0,0	0	0,0	114	8,5
Québec	12 153	11 546	95,0	144	1,2	119	1,0	1	0,0	24	0,2	463	3,8
Ontario	18 596	17 716	95,3	271	1,5	268	1,4	3	0,0	0	0,0	609	3,3
Manitoba	2 235	1 815	81,2	249	11,1	215	9,6	34	1,5	0	0,0	171	7,7
Saskatchewan	2 937	2 128	72,5	465	15,8	428	14,6	37	1,3	0	0,0	344	11,7
Alberta	5 143	4 627	90,0	234	4,5	195	3,8	39	0,8	0	0,0	282	5,5
Colombie-Britannique	7 463	6 427	86,1	601	8,1	600	8,0	1	0,0	0	0,0	435	5,8
Yukon	117	49	41,9	42	35,9	42	35,9	0	0,0	0	0,0	26	22,2
Territoires du Nord-Ouest	92	18	19,6	54	58,7	41	44,6	4	4,3	9	9,8	20	21,7
Nunavut	55	1	1,8	54	98,2	0	0,0	0	0,0	54	98,2	0	0,0

[†] 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001
Source : Recensement du Canada de 2001.

Tableau B
Répartition pondérée de la population dans les aires de diffusion à fort[†] et à faible pourcentages d'Autochtones, selon l'identité autochtone prédominante et le secteur de compétence, Canada, 2001

	Population total	Faible pourcentage d'Autochtones		Fort pourcentage d'Autochtones (tous)[‡]		Premières Nations[‡]		Métis[‡]		Inuit[‡]		% d'Autochtones impossibles à classer	
	Nombre	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Canada	30 007 270	29 456 805	98,2	519 105	1,7	419 100	1,4	56 315	0,2	43 690	0,1	31 360	0,1
Canada, Québec non compris	**22 769 475**	**22 270 525**	**97,8**	**471 130**	**2,1**	**380 270**	**1,7**	**56 235**	**0,2**	**34 625**	**0,2**	**27 820**	**0,1**
Terre-Neuve-et- Labrador	512 945	496 735	96,8	14 575	2,8	3 030	0,6	8 845	1,7	2 700	0,5	1 635	0,3
Île-du-Prince-Édouard	135 325	134 950	99,7	320	0,2	320	0,2	0	0,0	0	0,0	55	0,0
Nouvelle-Écosse	907 995	900 470	99,2	7 090	0,8	7 090	0,8	0	0,0	0	0,0	435	0,0
Nouveau-Brunswick	729 470	721 910	99,0	6 550	0,9	6 550	0,9	0	0,0	0	0,0	1 010	0,1
Québec	7 237 795	7 186 280	99,3	47 975	0,7	38 830	0,5	80	0,0	9 065	0,1	3 540	0,0
Ontario	11 410 000	11 350 625	99,5	48 675	0,4	47 800	0,4	875	0,0	0	0,0	10 700	0,1
Manitoba	1 119 470	1 010 650	90,3	107 445	9,6	96 465	8,6	10 980	1,0	0	0,0	1 375	0,1
Saskatchewan	978 730	869 640	88,9	104 770	10,7	88 415	9,0	16 355	1,7	0	0,0	4 320	0,4
Alberta	2 974 715	2 905 685	97,7	65 865	2,2	49 855	1,7	16 010	0,5	0	0,0	3 165	0,1
Colombie-Britannique	3 908 040	3 841 220	98,3	62 095	1,6	61 660	1,6	435	0,0	0	0,0	4 725	0,1
Yukon	28 655	22 935	80,0	5 345	18,7	5 345	18,7	0	0,0	0	0,0	375	1,3
Territoires du Nord-Ouest	37 375	15 625	41,8	21 725	58,1	13 740	36,8	2 735	7,3	5 250	14,0	25	0,1
Nunavut	26 755	80	0,3	26 675	99,7	0	0,0	0	0,0	26 675	99,7	0	0,0

[†] 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001
[‡] les nombres et pourcentages ne représentent pas les nombres d'Autochtones; ces valeurs représentent le nombre et le pourcentage de la population des aires de diffusion dans lesquelles de 33 % à 100 % de la population était autochtone
Source : Recensement du Canada de 2001.

Tableau C

Répartition des hospitalisations, selon l'aire de diffusion à fort† ou à faible pourcentage d'Autochtones, et dans les aires de diffusion à fort pourcentage d'Autochtones selon l'identité autochtone prédominante, Canada, Québec non compris, 2001-2002

	Total des hospitalisations							Hospitalisations de résidents des aires de diffusion à fort pourcentage d'Autochtones					
	Total	Faible pourcentage d'Autochtones		Fort pourcentage d'Autochtones (tous)		Pourcentage d'Autochtones impossibles à classer		Premières Nations		Métis		Inuit	
	Nombre	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Canada, Québec non compris	**2 143 779**	**2 059 462**	**96**	**79 567**	**4**	**4 750**	**0,22**	**67 160**	**84**	**8 157**	**10**	**4 250**	**5**
Terre-Neuve-et- Labrador	53 629	51 400	96	2 042	4	187	0,35	498	24	1 140	56	404	20
Île-du-Prince-Édouard	16 043	15 979	100	58	0	6	0,04	57	98	x	x	x	x
Nouvelle-Écosse	91 767	90 745	99	955	1	67	0,07	938	98	x	x	x	x
Nouveau-Brunswick	99 441	97 915	98	1 369	1	157	0,16	1 361	99	x	x	x	x
Ontario	994 824	983 504	99	9 280	1	2 040	0,21	8 899	96	88	1	293	3
Manitoba	117 254	98 367	84	18 632	16	255	0,22	16 634	89	1 543	8	455	2
Saskatchewan	126 613	108 748	86	17 221	14	644	0,51	15 262	89	1 950	11	x	x
Alberta	286 712	271 436	95	14 519	5	757	0,26	11 368	78	2 947	20	204	1
Colombie-Britannique	348 442	338 119	97	9 725	3	598	0,17	9 645	99	76	1	x	x
Yukon	2 423	1 807	75	592	24	24	0,99	590	100	0	0	x	x
Territoires du Nord-Ouest	5 209	1 429	27	3 765	72	15	0,29	1 908	51	401	11	1 456	39
Nunavut	1 422	13	1	1 409	99	0	0	0	0	0	0	1 409	100

† 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001

x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*

Notes : Pour les patients hospitalisés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence, les hospitalisations ont été incluses dans les totaux pour le secteur de compétence déclarant le congé de l'hôpital. Du total des 2 143 779 hospitalisations (sauf le Québec, soit 1,5 % du total), 31 447 n'ont pas pu être classées comme des admissions en provenance d'aires de diffusion à fort ou à faible pourcentages d'Autochtones en raison d'un code postal manquant ou invalide dans le dossier de congé de l'hôpital.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière de 2001-2002; Recensement du Canada de 2001.

Tableau D

Pourcentage de la population pondérée estimée vivant dans des aires de diffusion à fort† et à faible pourcentages d'Autochtones, selon la prévalence des données manquantes pour certaines caractéristiques de la région, Canada, Québec non compris, 2001

Caractéristiques de la région	Fort pourcentage d'Autochtones (tous)	Premières Nations	Métis	Inuit	Autochtone
Région rurale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Quintile de revenu moyen le plus faible des ménages de la région	8,6	10,0	3,5	2,5	0,3
Taux d'activité inférieur au taux du secteur de compétence	2,1	7,6	1,4	0,3	0,5
Pourcentage supérieur à la moyenne (du secteur de compétence) de la population de 20 ans et plus sans diplôme d'études secondaires	2,1	7,6	1,4	0,3	0,5
10 % ou plus de logements privés surpeuplés	6,3	7,6	1,4	0,3	0,0
20 % ou plus de logements privés nécessitant des réparations majeures	2,1	5,2	0,0	0,3	0,5

† 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001

Source : Recensement du Canada de 2001.

Tableau E
Estimations de la population des réserves et des établissements indiens qui n'ont pas été complètement dénombrés lors du Recensement de 2001

	Number	Population estimée
Canada[†]	**30**	**34 541**
Terre-Neuve-et- Labrador	0	0
Île-du-Prince-Édouard	0	0
Nouvelle-Écosse	0	0
Nouveau-Brunswick	0	0
Québec	5	12 648
Ontario	17	15 960
Manitoba	1	110
Saskatchewan	1	581
Alberta	3	4 977
Colombie-Britannique	3	263
Yukon	0	0
Territoires du Nord-Ouest	0	0
Nunavut[‡]	0	0

[†] l'arrondissement peut tenir compte de petites différentes dans le calcul des totaux
[‡] le Nunavut n'a pas de réserves ni d'établissements indiens
Source : Recensement du Canada de 2001.

Tableau F
Définitions des codes de diagnostic pour certains problèmes de santé[†], selon le système de classification

Diagnostic principal	CIM-10	CIM-9
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	S00-T98	800-999
Troubles mentaux et du comportement	F00-F99	290-319
Maladies de l'appareil circulatoire	I00-I99	2891-2893, 390-459 (sauf 435), 466, 4590
Maladies de l'appareil respiratoire	J00-J99	0340, 460-519
Lésions auto-infligées par intoxication	X60 - X69	E950 - E952
Lésions auto-infligées autres que par intoxication	X70 - X84, Y87.0	E953 - E958, E959
Lésions traumatiques infligées par un tiers	X85 - X99, Y00 - Y09, Y87.1	E960 - E968, E969
Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances	F10, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F17, F18, F19, F55	291,292,303,304,305
Troubles de l'humeur	F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39	311, 2960, 2961, 2964, 2965, 2966, 2968, 2962, 2963, 3004, 2969
Pneumonie et grippe	J12, J13, J14, J15, J16, J17, J18 (sauf J18.2), J10, J11	480-483, 485-486; 487
Bronchite et bronchiolite aiguës	J20, J21	466
Asthme	J45	493
Insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire	I50, J81, J18.2	428, 514, 518.4
Cardiopathies ischémiques		410-414
Infarctus aigu du myocarde	I21, I22	410
Cancer du poumon	C33, C34	162
Cancer colorectal	C18-C21	153, 154
Lithiase biliaire	K80	574
Virus d'immunodéficience humaine	B24	042-044
Grossesse, accouchement et puerpéralité	O00 - O99	630 - 676
Sélections incluses pour « Sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction »	Z32, Z33, Z34, Z35, Z36, Z37, Z39	V22, V23, V24, V28

[†] seul le diagnostic principal a été utilisé
Notes : Les diagnostics déclarés peuvent avoir été faits après l'admission. En 2001-2002, les hôpitaux canadiens ont utilisé l'un des trois systèmes de classification des maladies : la Classification internationale des maladies (CIM), 9e révision (CIM-9); la Classification internationale des maladies, 9e révision, modification clinique (CIM-9-MC); ou la Classification internationale des maladies, 10e révision, adaptation canadienne (CIM-10-AC). On a procédé à une uniformisation du codage des maladies à partir des tableaux de conversion de la CIM-9 et on a eu recours à des vues d'ensemble conceptuelles; certains écarts conceptuels dans le codage subsistent pour l'infarctus aigu du myocarde et peuvent avoir produit de légers sous-dénombrements dans les secteurs de compétence utilisant la CIM-10. Dans la CIM-9, l'infarctus aigu du myocarde est classé comme tel pendant huit semaines à partir du début; dans la CIM-10-AC, l'infarctus aigu du myocarde est classé comme tel pendant quatre semaines ou moins depuis le début. Les taux pour les problèmes de cancer représentent des nombres incomplets des cas totaux de cancer parce que dans le cas des admissions pour lesquelles le diagnostic principal est la chimiothérapie, le cancer est déclaré indirectement.

Tableau G

Taux d'hospitalisations uniformisés selon l'âge et le sexe[†] pour 10 000 habitants et ratios de taux pour la catégorie de l'International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation[a], selon l'aire de diffusion à fort[b] ou à faible pourcentage d'Autochtones et l'identité autochtone prédominante, Canada, Québec non compris, 2001-2002

	Faible pourcentage d'Autochtones		Fort pourcentage d'Autochtones (tous)		Premières Nations		Métis		Inuit	
	Taux	Ratio de taux	Taux	Ratio de taux	Taux	Ratio de taux	Taux	Ratio de taux	Taux	Ratio de taux
Maladies de l'appareil respiratoire	61	...	187	3,1	191	3,1	156	2,6	220	3,6
Maladies de l'appareil circulatoire	137	...	241	1,8	251	1,8	203	1,5	147	1,1
Troubles mentaux et du comportement	51	...	106	2,1	113	2,2	78	1,5	80	1,6
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	78	...	204	2,6	216	2,8	156	2,0	146	1,9

[†] répartition de la population uniformisée selon l'âge et le sexe dans les aires de diffusion à faible pourcentage d'Autochtones pour le Canada, Québec non compris, en 2001

[a] hospitalisations comportant un code diagnostic principal inclus dans une catégorie de l'International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation de l'OCDE; intervalles de code selon le système de classification figurant à l'annexe A, tableau F

[b] 33 % ou plus de la population totale a déclaré une identité autochtone dans le Recensement de 2001

... n'ayant pas lieu de figurer

Nota : Les ratios de taux sont en rapport avec le « faible pourcentage d'Autochtones ».

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière de 2001-2002; Recensement du Canada de 2001.

Annexe B

Recensement de 2001

Les données du recensement sont recueillies au moyen d'un questionnaire abrégé (2A) ou d'un questionnaire complet (2B), lequel est envoyé à un échantillon aléatoire d'un ménage sur cinq (20 %). La formule complète recueille des renseignements additionnels, y compris l'origine autochtone, l'identité autochtone, l'appartenance à une bande indienne ou aux Premières Nations et le statut d'Indien inscrit. Les données collectées dans la formule 2B sont pondérées pour produire des estimations pour l'ensemble de la population.

Une formule différente (2D) est utilisée pour le Questionnaire du Nord et des réserves. Il s'agit d'un questionnaire complet similaire à la formule 2B, qui sert à recenser le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest (sauf Whitehorse et Yellowknife), le Nunavut, les réserves indiennes, les établissements indiens, les districts d'administration indienne et les terres réservées. Plus de renseignements concernant le Recensement de 2001 sont disponibles à l'adresse suivante : http://www12.statcan.gc.ca/francais/census01/home/Index.cfm.

Les caractéristiques des aires de diffusion (AD) du présent rapport ont été tirées des Profils des communautés de 2001 et sont disponibles à l'adresse suivante : http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=95%20F0495XCB2001002&lang=fra. Les données à grande diffusion des Profils des communautés de 2001 sont aussi accessibles par l'entremise de l'Initiative de démocratisation des données (IDD) à l'adresse suivante (http://www.statcan.gc.ca/stcsr/query.html?qt=Initiative+de+d%E9mocratisation+des+donn%E9es+&col=allf&ht=0&qp=%2Btopic%3A1288965525&qs=&pw=100%25&ws=0&la=fr&qm=1&st=1&oq=&rq=0&si=0&rf=0&style=fmp).

Base de données sur la morbidité hospitalière

La Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) fait partie de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) laquelle étant plus exhaustive. La BDCP comprend un recensement des sorties des hôpitaux de soins de courte durée (congés de l'hôpital et décès à l'hôpital) pour l'exercice d'avril à mars. Elle est soumise à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), en plus d'autres renseignements fournis par les hôpitaux des provinces qui ne soumettent pas de données à la BDCP (Québec, parties du Manitoba et de l'Alberta, selon l'exercice). Des renseignements additionnels concernant la BDMH et des renseignements détaillés au sujet de la qualité des données sont disponibles à l'adresse suivante : www.icis.ca.

Dans le cas de la BDMH, 2001-2002 était une année de transition, parce que les hôpitaux canadiens terminaient la mise en œuvre de la 10e révision du système de codage de la Classification internationale des maladies. Selon la province ou le territoire, les données sur les congés des hôpitaux ont été déclarées à partir d'un ou de plusieurs des trois systèmes de classification : Classification internationale des maladies, 10e révision, adaptation canadienne (CIM-10-AC); Classification internationale des maladies, 9e révision (CIM-9); Classification internationale des maladies, 9e révision, modification clinique (CIM-9-MC). Pour certaines analyses, l'ICIS a produit des tableaux de conversion des codes contenant des données concernant la qualité qui ont servi à convertir les codes au système de la CIM-9. Pour la majorité de la classification des catégories de maladies (figure 6), des concepts de la maladie validés et reconnus à l'échelle internationale ont été utilisés. Ils sont comparables pour les divers systèmes de classification et figurent dans l'« International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation » (ISHMT)[46] ont été utilisés. Des données contextuelles concernant la justification, l'historique et le processus d'élaboration de l'ISHMT sont disponibles à l'adresse suivante : http://www.who.int/classifications/icd/implementation/morbidity/ishmt/en/index.html (disponible en anglais seulement).

Annexe C

Données supplémentaires sur les méthodes

Les aires de diffusion (AD), qui sont les plus petites régions géographiques pour lesquelles toutes les données du recensement sont disponibles, ont été utilisées dans la présente analyse. Les populations des AD vont de 400 à 700 personnes et peuvent correspondre à un îlot urbain dans les régions urbaines densément peuplées ou à une région plus importante dans les régions éloignées. Dans le Recensement de 2001, on comptait 52 993 aires de diffusion.

En 2001, on ne disposait pas de données sur la population pour 2 689 AD, qui n'ont pu être classées comme une AD à fort ou à faible pourcentage d'Autochtones (0,05 % de toutes les AD de 2001). En excluant le Québec, le nombre d'AD impossibles à classer a totalisé 2 406, avec une population estimée de 27 820 habitants (0,1 % de la population totale du Canada, Québec non compris).

Dans le cas des chiffres de population du recensement, aucune correction n'a été apportée pour le sous-dénombrement à un niveau inférieur à la division de recensement (DR). Pour plus de renseignements concernant les régions sous-dénombrées du Recensement de 2001 et les populations estimées des réserves indiennes, voir l'annexe A, tableau E et l'adresse suivante http://www12.statcan.ca/francais/census01/Meta/indres.cfm.

À partir des données du recensement, un pourcentage d'Autochtones a été calculé pour chaque AD[12]. Le pourcentage d'Autochtones correspond au nombre de personnes de l'AD déclarant une identité autochtone, divisé par la population totale de l'AD.

On a utilisé le Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+)[19] pour attribuer un code d'AD à chaque code postal de la base de données de congés des patients des hôpitaux. Dans certaines parties du Canada, les codes postaux ne correspondent pas précisément à une seule AD. Dans ces cas, le FCCP+ procède à une affectation non biaisée des codes postaux à une AD, en tenant compte des chiffres de population pondérés de chaque AD possible. L'affectation d'un pourcentage d'Autochtones à chaque AD tient compte du fait que l'affectation des codes d'AD pour les codes postaux a été déterminée de façon probabiliste à partir de codes postaux (la plupart ruraux) qui chevauchent plusieurs AD. Le pourcentage d'Autochtones représente une moyenne pondérée du pourcentage d'Autochtones dans toutes les AD qui pouvaient être sélectionnées.

Le Québec a été exclu de ces analyses parce que les données soumises par cette province comprennent seulement des codes de région de tri d'acheminement (RTA), plutôt que des codes postaux à six chiffres.

De plus amples renseignements concernant le FCCP+ et les fichiers de référence utilisés pour la l'affectation des codes d'AD à la valeur du quintile de revenu du quartier pour chaque AD à partir des codes postaux est disponible à l'adresse suivante : \\geodepot2\FTP\Geographie_2006_Geography\Geo_Data_Products-Produits_de_données_Géo\PCCFplus_version5E_Mar09, ou auprès de Russell Wilkins (613-951-5305; russell.wilkins@statcan.gc.ca), Division de l'analyse de la santé, Statistique Canada.